

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1906-1907 — N° 107

LES

MYOMES DIFFUS DE L'UTÉRUS

TRAVAIL

DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE HOSPITALIÈRE
DE LA CHARITÉ DE LYON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Avril 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François GAILLARD

Né à Aix-les-Bains, le 30 mai 1881



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

BUREAUX: 85, Rue de la République et 9, Quai de l'Hôpital.

1907

LES
MYOMES DIFFUS DE L'UTÉRUS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1906-1907 — N° 107

LES

MYOMES DIFFUS DE L'UTÉRUS

TRAVAIL

DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE HOSPITALIÈRE
DE LA CHARITÉ DE LYON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Avril 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François GAILLARD

Né à Aix-les-Bains, le 30 mai 1881



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachats, 8

BUREAUX : 85, Rue de la République et 9, Quai de l'Hôpital.

1907

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.		NICOLAS.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		X...
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire.		TEISSIER.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale.		TRIPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe.	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SAMBUC.	MM. REGAUD.	MM. MOREL.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	NEVEU-LEMAIRE.
PIC.	COURMONT (P.)	ANCEL.	PATEL.
PAVIOT.	CHATIN.	COMMANDEUR.	J. LEPINE, Ch..
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	GAYET	PLAUCHU, Ch..
BERARD.	TIXIER.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MAURICE POLLOSSON, Président ; NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur ;
MM. COMMANDEUR et GAYET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur MAURICE POLLOSSON

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Il n'est pas de gynécologue qui n'ait été frappé du nombre considérable de malades venant aux consultations hospitalières et se plaignant de métrorragies, de douleurs abdominales et lombaires, de troubles nerveux généraux, de dysménorrhée, sans que l'examen clinique par le toucher ou au spéculum ait pu le renseigner exactement sur les lésions utéro-annexielles qui ont déterminé un tel ensemble symptomatique.

Certes, la question que nous abordons ici n'est pas nouvelle et a été étudiée bien souvent déjà sous des noms différents. Aussi les nombreuses discussions et l'incertitude qui ont été le résultat de ces études, nous ont poussé à faire des recherches dans cette voie, en nous aidant des données nouvelles de l'anatomie pathologique autant que des constatations *de visu* sur des opérées.

C'est le résultat d'une année de recherches de cet ordre, dans le service et au laboratoire du docteur Albertin, que nous publions aujourd'hui; nous avons pu mettre à jour un certain nombre de points indiscutables, résultats de constatations microscopiques. Mais nous ne nous dissimulons point qu'il reste encore des obscurités

appelant des recherches ultérieures, et que le syndrome anatomo-clinique que nous avons appelé *myôme diffus*, s'il répond à un certain nombre de cas cliniques bien étudiés, ne peut du moins expliquer tous ceux qui rentrent dans ce cadre que nous avons esquissé en quelques mots au début de cet article.

Avant d'entrer dans le détail de ce travail, qu'il me soit permis ici de le dédier à mes parents, à mes frères, à ma famille, à mes maîtres, à mes amis, et à tous ceux dont nous avons éprouvé, au cours de nos études, la tendresse et la bienveillance.

Nous le faisons d'autant plus volontiers, que nous sentons plus vivement à l'heure où nous allons être livrés à nous-mêmes, le prix des services rendus et des bons conseils donnés.

A mes parents qui ont fait pour nous ce que, seuls, savent et peuvent faire un père et une mère.

A mes amis avec qui nous venons de vivre les meilleures années de notre jeunesse.

A notre maître le D^r Albertin qui nous a inspiré l'idée première de ce travail et à qui en revient le principal mérite.

A notre ami le D^r Jambon qui a bien voulu nous prêter le concours de son aimable et très active collaboration et dont les recherches anatomo-pathologiques nous ont permis de mener à bien ce travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les cliniciens ont observé et décrit des métrorragies rebelles, survenant à un âge variable, de cause indéterminée et formant un des symptômes essentiels d'une affection utérine qu'ils regardent assez semblable par les symptômes à la métrite chronique vraie, mais qu'ils estiment différente par l'étiologie et l'anatomie pathologique. On ne peut incriminer, dans ces cas, ni l'altération de la muqueuse utérine, ni un néoplasme, corps fibreux ou cancer, ni une affection des annexes, ni une maladie éloignée telle qu'une altération du cœur, des reins, ni une intoxication quelconque. Cette affection a été décrite sous le nom de pseudo-métrite, de fausse métrite et de sclérose utérine.

Les auteurs qui l'ont étudiée au point de vue anatomique ont fixé les traits suivants: augmentation du volume de l'utérus dont les parois sont épaissies au point qu'on a pu croire cliniquement à un corps fibreux interstitiel ayant amené l'hypertrophie de l'organe ; — béance des vaisseaux sur la coupe qui est parfois semée de traînées blanchâtres ; — consistance parfois augmentée, dure, parfois au contraire molle et spongieuse ; —

absence de lésions graves de la muqueuse. Le microscope leur a montré des lésions d'angiosclérose avec une prolifération surtout conjonctive (Pichevin et Petit, Reinicke), ou bien surtout élastique (Cornil, Pozzi). C'est cette question tout entière des pseudo-métrites que nous reprenons aujourd'hui sous le nom de *les myômes diffus de l'utérus*, en nous basant sur la constatation microscopique d'une hyperplasie constante de la fibre musculaire, qui est la caractéristique histologique de la lésion de l'organe, comme elle est la cause première du syndrome que nous décrivons.

D'autres auteurs ont parlé avant nous d'une hyperplasie musculaire diffuse de l'utérus et ont même employé le terme de myomatose diffuse, mais n'en ont pas vu l'importance au double point de vue anatomique et étiologique, importance que nous mettrons en relief dans ce travail.

Avant d'exposer notre conception et de faire la synthèse des pseudo-métrites, nous allons retracer rapidement l'historique de la question, pour en faire mieux saisir les grandes lignes.

La question des pseudo-métrites ne pouvait pas tomber sous l'observation des gynécologues anciens à qui manquaient des notions micrographiques précises. Aussi ne faut-il pas s'étonner des confusions que renferment leurs travaux, dans lesquels se retrouvent décrites des lésions fort différentes, mais de causes très dissimilables. En lisant attentivement ce qui a été publié au cours du siècle précédent sur les indurations, l'engorgement, l'inflammation chronique, l'hypertrophie de l'utérus, on est frappé de la vérité des descriptions cli-

niques, mais on reste étonné du peu de souci qu'ont eu les auteurs, de la pathogénie de ces états morbides, qui, mieux étudiée les aurait probablement rapprochés de la vérité étiologique. Des groupements logiques se fussent tout naturellement trouvés de ces diverses altérations, et la thérapeutique rationnelle en aurait été aisément déduite.

Nos devanciers avaient remarqué que l'utérus atteignait parfois une dureté anormale, connaissaient les augmentations de volume affectant tantôt le col, tantôt le corps, tantôt l'utérus tout entier ; allongement hypertrophique, hypertrophie simple, tels étaient les vocables qu'ils avaient donnés.

HUGUIER, dans son livre sur l'allongement hypertrophique, n'a point été tenté par la préoccupation d'ébaucher la pathogénie de ces lésions pourtant exactement décrites.

BOIVIN et DUGÈS assurent que toutes les augmentations de volume ou hypertrophie tiennent à quelque « phlegmasie chronique ou à des altérations de texture » ; ces altérations ne visent que quelques formes de cancer et de fibrome.

LISFRANC décrit une variété d'hypertrophie avec « induration blanche simple » qu'il rattache d'une façon constante à l'accouchement ou à l'avortement et dans laquelle, il nous fait voir pour les formes curables, la subinvolution et pour les formes rebelles, la métrite chronique accompagnée d'un processus scléreux.

DUPARQUE attribue la sclérose à une substance fibro-albumineuse qui se dépose dans les mailles du tissu utérin et qui, à l'instar des pseudo membranes qui se for-

ment dans les cavités séreuses, passe à l'état induré, cartilagineux et osseux.

SCANZONI qui a fait converger tous ses efforts vers l'unification de la métrite chronique, a insisté sur la production du tissu fibreux interstitiel dans les mailles du tissu musculaire, comme la cause de l'induration et de l'augmentation de volume.

D'après lui : « Beaucoup des engorgements de la matrice, qu'on regarde comme inflammatoires, n'ont rien d'inflammatoire au sens précis du mot. Ce sont des désordres de nutrition comme on en voit se former dans d'autres organes à la suite d'une hyperhémie de longue durée ».

RÉCAMIER a exprimé la même idée de la manière suivante: « Il y a des tuméfactions et des engorgements utérins résolubles qui ne sont pas inflammatoires et qui se comportent comme les engorgements hémorroïdaux érectiles de la marge de l'anus ».

Dans MORAT, MARTINEAU, DE SINÉTY, COURTY on trouve nombre de passages qui autorisent à conclure que ces auteurs faisaient une différence très nette entre la métrite inflammatoire de la muqueuse utérine et certains engorgements qui en simulent les symptômes et l'évolution.

SKÈNE fait la distinction entre les hypertrophies, les modifications du tissu utérin dépendant de l'inflammation, d'avec une autre espèce de lésion, indépendante de l'inflammation, obéissant à un mouvement nutritif hypertrophique spécial et qu'il appelle métrite interstitielle hypertrophique.

En 1886, DOLÉRIS aborde ce sujet et propose de sépa-

rer de la métrite infectieuse « les états pathologiques qui sont la conséquence de simples troubles de nutrition nés sous l'influence de perturbations nerveuses, sanguines, lymphatiques, traumatiques ou de régression incomplète, et qui correspondent à ce qu'on appelle la subinvolution, l'hypertrophie chronique, l'hyperplasie, l'engorgement, la congestion ». — « Je repousse, dit-il, du cadre de la métrite, tous les troubles utérins passagers ou durables dans lesquels je ne trouve point, à l'origine, l'élément microbien. Telles sont les congestions passives, aiguës parfois, du début ou du déclin de la vie génitale de la femme ; tels sont les troubles de fonctionnement des appareils vasculaires, musculaires, nerveux de l'utérus dont nous connaissons maintenant la solidarité physiologique, troubles consécutifs à des altérations diathésiques, à des réparations ou régressions insuffisantes ».

Armand SIREDEY, Paul PETIT dans les nombreuses publications qu'ils ont faites sur ce sujet, font également entrevoir la nécessité de séparer de la métrite microbienne certains états congestifs primitifs auxquels ils proposent d'assigner une individualité propre.

DÔDERLIN et PFANNENSTIEL ont cherché à établir que l'endométrite fongueuse n'est pas d'origine infectieuse et qu'elle est toujours en rapport avec un trouble des fonctions ovariennes.

De même TREUB et LEHMAL refusent à cette variété d'endométrite tout caractère inflammatoire et proposent de la distraire du cadre des métrites pour la décrire à part sous le nom d'hypertrophie de la muqueuse utérine.

L'étude bactériologique montrerait qu'il est injustifié

d'attribuer à l'infection tous les états morbides de l'utérus. TREUB, HAARLEM, DÔDERLEIN ont montré que, bien souvent, dans les gros utérus, injustement qualifiés de métritiques, l'examen bactériologique reste négatif. Des constatations identiques ont été faites par WINTER, PFANNENSTIEL. C. Van TUSSENBROCK et MENDÈS de LÉON distinguent également une métrite vraie, inflammatoire, avec une inflammation leucocytaire du stroma, et une fausse métrite avec prolifération glandulaire exubérante.

POMPE Van MEERDERVOORT a consacré un mémoire à la description des lésions de la pseudo-endométrite, caractérisée par l'hypertrophie des glandes qui deviennent très sinueuses, par la dégénérescence des cellules épithéliales, par l'œdème de la muqueuse et la dégénérescence séreuse de ses éléments.

WALTHARD qui a examiné la muqueuse utérine dans 191 cas de curettage, a trouvé 16 fois la membrane absolument saine, et, dans 87 cas, une hyperplasie considérable portant principalement sur les glandes.

MENGE (de Leipzig) a décrit également une dysménorrhée accompagnée de symptômes métritiques chez des hystériques et des neurasthéniques, sans qu'il fut possible de déceler la moindre lésion au niveau de la matrice.

VÉDELER pense aussi qu'il y a des pseudo-métrites hystériques uniquement justiciables d'un traitement général.

Dans un important mémoire sur les hémorragies de la ménopause et la sclérose des artères utérines, REINCKE parle de quatre utérus enlevés pour des hémorragies

graves et dans lesquels il a trouvé des lésions de sclérose vasculaire avec hyperplasie conjonctive, sans aucune trace de tumeur, ni d'endométrite chronique.

FRANZ a publié aussi une très curieuse observation concernant une femme de 37 ans qui dut subir l'hystérectomie à cause de métrorragies incoercibles. A l'examen de la pièce, on trouva la muqueuse très épaissie et une forte multiplication des glandes. La paroi musculaire était infiltrée de tissu conjonctif, les ovaires étaient très volumineux et atteints de dégénérescence scléro-kystique. L'auteur estime que les métrorragies étaient dues à une altération des ovaires.

THEILHABER a publié un intéressant mémoire sur les métrorragies de la ménopause, et insiste sur l'absence fréquente d'un néoplasme ou d'une infection capable d'expliquer la genèse des accidents.

Chez ces malades, il a trouvé l'utérus tantôt hypertrophié, mesurant 9 à 12 centimètres, avec des parois molles, flasques et une muqueuse épaissie (métrite hyperplastique préclimatérique) ; tantôt atrophié, avec les parois minces, et une muqueuse d'aspect à peu près normal. D'après lui ces métrorragies doivent être mises sur le compte de l'atonie des fibres musculaires.

RAINERIE (de Turin) a examiné, après curettage nécessité par des métrorragies abondantes, l'utérus de deux vierges de 20 et de 26 ans; il a trouvé une endométrite hyperplasique caractérisée par la surabondance des éléments glandulaires, et l'énorme multiplication des capillaires qui étaient abondants jusque sous l'épithélium. Il lui a été impossible d'y déceler la moindre trace de processus infectieux.

KOLLMANN (de Weilheim) qui a examiné avec le plus grand soin les fausses membranes de plusieurs cas d'endométrite dysmenorrhéique pseudo-membraneuse, avoue ne pouvoir conclure en faveur d'une inflammation microbienne de la muqueuse utérine.

SIMMONDS et DAUTHEZ pensent aussi que certaines métrorragies de la ménopause sont dues à la sclérose des vaisseaux utérins, et il base cette opinion sur quatre observations de la clinique de Léopold où la muqueuse était saine et où la seule lésion constatée sur des coupes microscopiques était une sclérose des artères utérines.

Dans des cas de ce genre, OLDSHAUSEN, A. MARTIN, SCHAUTA, SWITALSKY et nombre d'autres gynécologues ont dû, en désespoir de cause, pratiquer l'hystérectomie après avoir vu échouer nombre de curettages et tous les autres moyens médicaux.

PICHEVIN et A. PETIT ont aussi décrit une affection qui s'observe le plus souvent chez les femmes âgées de plus de 30 ans, ayant eu des enfants, caractérisée d'abord par des ménorragies puis des métrorragies devenant plus abondantes et plus rapprochées. Le curettage donne une amélioration passagère ; bientôt les pertes reviennent avec une abondance rare. D'après ces auteurs, il ne s'agit pas là d'une métrite hémorragique. La muqueuse en effet ne présente aucune modification, les lésions glandulaires sont nulles. Ce qui domine, c'est la multiplication des vaisseaux et l'altération de leurs tuniques qui sont épaissies et entourées de zones de sclérose. Ils ont même observé la dégénérescence des tuniques vasculaires.

Mais surtout deux auteurs, MM. RICHELOT et DOLÉRIS,

ont contribué par leurs études magistrales et par les thèses inspirées à leurs élèves BRIOUDE et HEPP à l'édification de ce type morbide que le premier appelle sclérose utérine et le second pseudo-mérite. Leurs conclusions sont parallèles dans les descriptions cliniques qu'ils en ont donné; elles diffèrent par les lésions constatées et par leurs causes originelles.

RICHELOT admet et démontre qu'il existe des congestions, des hyperplasies et des névralgies utérines qui n'ont rien à voir avec la métrite, chez ces femmes qui n'ont aucun passé génital, santé excellente et où l'examen le plus minutieux ne fait découvrir chez elles aucune lésion locale, aucune tare d'affection cardiaque, hépatique, rénale ou de ptose viscérale. Les chirurgiens les rejettent: simples névropathes disent les uns, fausses utérines disent les autres. Ces malades issues de souche arthritique, neuro-arthritiques elles-mêmes, apporteraient en naissant une prédisposition spéciale à la congestion, une tendance naturelle à la stase pelvienne, tendance commandée par une perturbation de l'innervation vaso-motrice dont l'origine, le *primum movens*, nous échappe complètement. Cette dystrophie primitive de l'utérus, ou même de l'appareil utéro-ovarien évoluerait en deux phases: elle débiterait chez la jeune fille par la simple congestion avec douleurs, ménorragies, leucorrhée, constituant ce qu'on a improprement appelé « métrite virginale »; elle se poursuivrait ensuite chez la femme adulte, pendant la période d'activité génitale, sous les dénominations de « métrite douloureuse chronique », « métrite hémorragique », « dysménorrhée membraneuse », pour aboutir, en fin de compte, à la

scélérose plus ou moins tardive de la matrice — métrite de la ménopause, utérus géant, utérus fibromateux sans fibromes — et cela sans l'intervention d'aucun processus microbien.

D'après DOLÉRIS, il faudrait distinguer deux sortes de sclérose utérine: la sclérose secondaire à laquelle aboutiraient la plupart des infections chroniques prolongées de l'endomètre ; la sclérose primitive, infiniment plus rare que la précédente, affection constitutionnelle et qui, chez quelques femmes, serait la conclusion de poussées de pseudo-métrite survenues pendant la période de l'activité génitale.

D'après lui, d'ailleurs, ce qui fait la sclérose c'est moins le processus du début, que les circonstances spéciales de l'évolution ultime aboutissant à une atrophie réellement fibreuse et purement fibreuse ; l'envahissement de la trame utérine par des éléments conjonctifs en surabondance, l'organisation de ce tissu conjonctif, enserrant et finissant par détruire la fibre musculaire ; c'est surtout la sclérose des parois vasculaires et des parois glandulaires apparaissant comme processus initial et tenant sous sa dépendance la nutrition de l'utérus toute entière, qui ne tarde pas à s'altérer profondément.

A ce sujet, une longue discussion fut tenue à la *Société d'obst., de gynécol. et de pédiatrie de Paris*, en mai, juin, juillet 1900, et à laquelle ont pris part MM. DELBET, BOUILLY, DOLÉRIS, HARTMANN, POZZI, RICHELOT, M. DELBET ne nie pas les scléroses utérines dues au tempérament, mais pour y croire, il demande des observations plus nettes et plus précises.

Pour M. BOUILLY la sclérose utérine n'est pas une en-

tité morbide, mais une étape éloignée de l'évolution de la métrite chronique, un aboutissant de processus à l'origine desquels existe l'infection. M. DOLÉRIS croit à l'influence de la congestion, il croit même à la sclérose constitutionnelle, mais il pense qu'elle est beaucoup plus rare que ne le soutient M. RICHELOT. Quant à M. HARTMANN, il ne demande pas mieux que d'être converti, mais jusqu'à présent les preuves qu'on lui a fournies lui paraissent insuffisantes.

On voit donc, d'après ce rapide exposé de la question, que les discussions ont portées surtout sur la sclérose utérine, admise d'emblée, et presque sans contestations, comme la lésion dominante des phénomènes morbides observés. Quelques auteurs ont bien parlé, en termes vagues de l'hyperplasie diffuse des diverses tuniques de l'utérus, certains même ont prononcé le mot de myomatose, mais aucun n'en a vu l'importance et n'a précisé les rapports qui existent entre celle-ci et la symptomatologie de l'affection.

La discussion a encore porté sur la pathogénie de la sclérose utérine, et on peut la résumer ainsi : y a-t-il infection prémonitoire par endo-métrite, ou bien faut-il invoquer l'action incertaine d'une dystrophie spéciale, portant sur l'appareil génital, mais dont il est difficile de préciser les conditions et l'origine. La description que nous allons donner dans les chapitres qui suivent est cliniquement superposable à celle qu'en ont donné les auteurs précités. Mais le résultat des recherches anatomo-pathologiques entreprises au laboratoire du service de gynécologie de la Charité a conduit MM. Albertin et Jambon à une conception différente des lésions

anatomiques et de la nature même de l'affection. C'est cette conception que nous défendrons aujourd'hui : Elle repose sur l'existence constante, dans les cas que nous avons observés, d'une hyperplasie très accusée de la tunique musculuaire utérine, aboutissant à des formations microscopiquement analogues aux myômes et que nous appelons « *les miômes diffus de l'utérus* ».

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

En écrivant ce chapitre, nous n'avons pas eu la prétention de créer un syndrome clinique nouveau, mais seulement de le rattacher à un certain nombre de lésions histologiques, qu'il nous a été donné de voir, et constantes à un certain nombre de mêmes signes cliniques. En effet, la symptomatologie des myômes diffus se rattache d'assez près à celle d'autres lésions de l'utérus et notamment à celle qui a été donnée jusqu'à ces dernières années comme caractérisant la sclérose utérine. Nous avons montré dans les chapitres précédents quelle était la complexité de cette question des pseudo-métrites et comment la congestion chronique de l'utérus, la sclérose qui en est la conséquence, les fausses métrites hémorragiques et les myômes diffus que nous décrivons se touchaient par plus d'un point.

Il est vraisemblable qu'on a décrit sous le nom de sclérose utérine, des cas pouvant être interprétés comme fausses métrites ou comme myomatose diffuse. Cela s'explique par la similitude des symptômes fonctionnels comme nous allons le voir dans un instant et par l'ab-

sence de symptôme fondamental caractéristique lors de l'examen objectif.

Quand on interroge une malade atteinte de myôme diffus sur le début des troubles qui l'amènent à consulter, la réponse est invariable : les accidents remontent à une époque très éloignée, souvent imprécise, et la malade insiste sur les douleurs revenant par crises aux époques menstruelles, sur les ménorragies de plus en plus abondantes, sur des sensations variables de pesanteur, de fatigue générale, de névralgie lombo-pelvienne. En effet, c'est souvent entre 25 et 30 ans que les premiers troubles sont apparus. Ils se sont accrus progressivement et d'une manière pour ainsi dire insensible. D'abord, il ne s'est agi que de sensations de pesanteur, de fatigue, survenant plusieurs jours avant les règles et qui rendent la marche et la station assise pénible. Ces sensations, accompagnant des règles plus abondantes que d'habitude, traduisent l'afflux exagéré du sang dans l'appareil génital et constituent une aggravation du syndrome menstruel. Dans l'intervalle des époques, ce sont des douleurs sourdes et irradiantes siégeant à la région lombaire et pouvant s'étendre le long de la face interne des membres inférieurs, ou au niveau de l'abdomen.

Parfois, entre deux époques menstruelles surviennent des poussées congestives souvent accompagnées de névralgies violentes et de métrorragies plus ou moins graves. Cette congestion périodique, ces fausses règles, fatiguent énormément les malades. Dans certains cas, c'est la longue durée des accidents, plutôt que leur acuité qui leur donne de l'importance : il s'agit alors de femmes qui ressentent des tiraillements continuels dans

les lombes, une pesanteur insupportable dans la région pelvienne. Ces troubles, par leur répétition, par leur longue durée ont une influence déplorable sur l'état psychique des malades ; il n'est pas rare d'observer de la mélancolie, de l'asthénie physique ou intellectuelle, souvent hors de proportion avec l'atteinte portée à la santé générale.

Très souvent il nous a été donné de constater des troubles du côté de l'appareil urinaire consistant en pollatrimie, ténésme vésical, crises de rétention. Ces troubles, nous les mettons sur le compte de phénomènes nerveux réflexes, car il est impossible de les expliquer par la compression que l'utérus, augmenté de volume, exercerait sur la paroi postérieure de la vessie.

En effet, sur plusieurs de nos malades opérées, nous avons pu nous assurer *de visu* que l'utérus était bien en place et que sa position ne pouvait pas impliquer les troubles urinaires signalés dans l'histoire clinique de nos malades.

Nous n'avons jamais observé de réaction du côté du rectum ou de l'intestin, et nos malades ne présentaient pas de constipation plus opiniâtre que les autres femmes en général.

Un fait remarquable est l'absence de leucorrhée dans la plupart des cas. Il semblerait cependant que la vascularisation excessive de l'utérus par les lésions de la muqueuse que nous avons décrites au chapitre de l'anatomie pathologique, qu'une hypersécrétion glandulaire doive exister. Il n'en est rien, et si les malades perdent quelquefois des mucosités filantes, claires ou teintées de sang, cette leucorrhée est assez minime pour qu'on la né-

glige. Elle n'atteint jamais l'abondance de celle des véritables métrites et les glaires cervicales n'ont pas l'aspect purulent, jaunâtre des affections chroniques.

Les hémorragies sont parfois très abondantes, semblables à celles des fibro-myômes bien caractérisés. Le sang peut s'écouler d'une façon très abondante et, en quelques heures, la perte arrive à des proportions considérables. D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, l'hémorragie se fait d'une manière lente, mais prolongée et surtout avec des intermittences laissant croire à la cessation des règles qui reparaissent dès que les malades ont quitté le repos au lit. Enfin on a pu voir l'hémorragie persister d'une façon continue pendant plusieurs semaines sous la forme d'un écoulement très peu abondant, source d'ennui et cause d'affaiblissement chez les malades.

D'ailleurs, la plupart sont dans un état d'anémie assez marquée et de faiblesse générale, ce qui aggrave sensiblement les troubles nerveux et contribue à la production des signes de neurasthénie que nous avons déjà signalés.

Au toucher, le doigt vaginal reconnaît un col turgescent induré, généralement en place et bien mobile. L'orifice externe est fermé, la muqueuse est souvent un peu éversée mais sans ulcérations. La main abdominale, aidée par le toucher, délimite les dimensions de l'organe, dimensions augmentées atteignant celles d'un utérus de grossesse à trois mois au plus. Le fond est mobile et paraît uniformément grossi. La palpation attentive n'y reconnaît pas de noyaux myômateux. La consistance est variable, mais généralement plus molle

que normalement. Dans les culs-de-sac latéraux on ne perçoit habituellement pas les trompes, mais on rencontre parfois une petite masse dure ou rénitente, de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule, mobile, et qui n'est autre que l'ovaire en dégénérescence scléro-kystique.

L'examen au spéculum ne fournit pas beaucoup de renseignements supplémentaires. Il montre un col tumescent congestionné, l'absence de lésions ulcéreuses et l'intégrité de la muqueuse orificielle.

L'hystérométrie montre l'agrandissement de la cavité utérine qui atteint généralement 7 à 8 centimètres.

Nous n'insistons pas sur les troubles variés des divers appareils tels que céphalée, palpitations, rachialgie, troubles dyspeptiques que l'on peut rencontrer dans les myômes diffus comme dans beaucoup d'autres affections utéro-annexielles et qui traduisent plutôt une impressionnabilité excessive, une irritabilité nerveuse qu'une lésion réelle de ces appareils.

Ainsi caractérisé, le syndrome clinique myôme diffus peut rester stationnaire pendant de longues années, mais on se rend compte facilement des désordres importants qui en sont la conséquence. L'anémie s'accroît, les douleurs, par leur persistance, plongent les malades dans un état de nervosisme irritable qui fait place bientôt à une dépression accentuée du système nerveux, à une asthénie de plus en plus prononcée.

Aussi les malades, après avoir demandé un soulagement passager à leurs métrorragies, arrivent-ils à réclamer avec insistance une intervention plus curative.

Le pronostic de la myomatose diffuse est donc peu

grave, *quo ad vitam* ; toutefois, il est sérieux par l'atteinte qu'il porte à l'état général et les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence, car les malades qui en sont atteints arrivent à être de véritables invalides .

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Nous avons vu au chapitre précédent que les signes précis de l'affection que nous décrivons sont communs à beaucoup d'autres, atteignant le même organe. Pour établir un diagnostic précis, il faudra donc procéder à un examen complet et très minutieux de la malade. On se basera surtout sur un groupement de signes qui nous a paru être le plus fréquent: les ménorragies avec leur caractère variable d'abondance et de durée; les douleurs diffuses non localisées à un seul côté; l'augmentation de volume de l'utérus et sa consistance de mollesse spéciale; et enfin l'absence de tumeur ou d'inflammation de l'organe ou de ses annexes.

Toutefois, un certain nombre d'affections pourront plus spécialement prêter à confusion. Les métrites vraies et les variétés décrites généralement au même chapitre, avec douleurs, leucorrhée, métrorragies, utérus gros et douloureux, pourraient parfois égarer le clinicien. L'examen au spéculum est caractéristique. On voit un col gros, remplissant parfois le fond du vagin, changé de forme, à surface granuleuse, parfois ulcérée et de couleur variant du rouge vif au rouge violacé. Un écoulement visqueux de mucus, soit franchement purulent,

soit panaché de stries sanguinolentes s'échapper de l'orifice. Les troubles de la miction sont presque constants. Enfin les poussées de pelvi-péritonite, les salpingites concomitantes, seront d'un sérieux appui au diagnostic.

Le cancer du corps de l'utérus donne lieu lui aussi à des hémorragies rebelles, à des douleurs persistantes et à une augmentation du volume de l'organe. Mais les pertes s'accompagnent d'un écoulement très tenace de muco pus, roussâtre, parfois strié de sang, d'une fétidité fade spéciale et enfin l'examen des parcelles enlevées par la curette donne des garanties suffisantes. De plus cette cachexie précoce et rapide, à aspect spécial du néoplasme utérin, ne pourra être comparée à l'amaigrissement lent, à la perte des forces progressive que l'on voit au cours du myôme diffus.

Les fibro-myômes interstitiels du corps sont au début difficiles à dépister, car lorsque la tumeur est très peu prononcée et n'a pas encore de tendance à se dégager des parois de l'utérus, il est parfois très difficile de reconnaître l'origine des phénomènes morbides observés. La persistance des hémorragies coïncidant avec une augmentation de volume de l'utérus et l'agrandissement de sa cavité sont des signes communs. Le gynécologue devra alors savoir attendre jusqu'à ce que l'affection évoluant, le toucher vaginal, pratiqué au besoin sous anesthésie, combiné à une palpation abdominale soigneuse et aidé du toucher rectal, permette de reconnaître l'existence d'un petit myôme dur, en saillie sur la paroi de l'utérus, qui traduira le début du fibro-myôme nucléé.

L'avortement et les hémorragies de la grossesse au troisième mois pourraient parfois induire en erreur. Mais l'examen soigneux des caillots expulsés, des antécédents de la malade, la recherche des petits signes de la grossesse et la constatation de l'état de mollesse spéciale du col utérin si différent de la dureté de celui du myôme diffus, ne permettront pas au clinicien de s'égarer.

Les causes d'erreur sont, on le voit, nombreuses, et peuvent provenir de la prédominance d'un symptôme, les signes concomitants étant atténués. Elles tiennent également à l'imprécision de la symptomatologie positive. En effet, aucun des symptômes décrits et analysés dans le chapitre étude clinique, ne peut être considéré comme caractéristique.

En particulier le problème sera très difficile à résoudre du diagnostic de la sclérose utérine et de la myomatose diffuse. Leur symptomatologie est analogue; seuls quelques points de détail diffèrent, et notamment l'existence des antécédents des malades, les symptômes inflammatoires ayant donné à un moment quelconque une véritable métrite, l'induration plus grande du col utérin, même du corps de l'organe, son volume plus restreint nous paraissent en faveur de la sclérose utérine. Dans un cas que nous avons pu suivre, ces différences nous ont paru assez nettes.

En somme, l'interrogatoire bien dirigé, l'étude des symptômes fonctionnels et un examen local minutieux permettront souvent d'arriver à établir le diagnostic de myôme diffus.

Dans certains cas cependant, il sera permis de ne pas conclure, et le chirurgien sera amené à pratiquer une

intervention radicale sur la demande formelle des malades lasses de souffrir et anémiées par leurs pertes ; c'est alors qu'après l'hystérectomie, le microscope donnera la clef du problème en montrant la lésion histologique que nous avons décrite.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce chapitre que nous aurions pu traiter en quelques lignes, en donnant les caractéristiques macroscopiques et microscopiques du syndrome que nous étudions, nous retiendra plus longuement à cause de son importance: en effet, c'est grâce à des données anatomo-pathologiques, que nous avons pu classer en dehors de la sclérose utérine et des pseudo-métrites les myômes diffus de l'utérus.

Après une incision de laparotomie médiane sous-ombilicale, quand la malade est mise en position de Trendelenbourg, que les écarteurs mis en place donnent un jour suffisant sur les organes du pelvis, le chirurgien se trouve en présence d'un utérus dont les caractères attirent immédiatement son attention. Celui-ci est augmenté de volume. Cette augmentation est variable et atteint le plus communément le volume d'un poing. Le fond est étalé, il se déforme au contact des organes voisins (ovaires, intestin) qui parfois impriment à sa surface la marque de leur voisinage prolongé. Cet utérus donne à la main qui le palpe l'impression d'un organe spongieux: en tous cas il est plus mou que normalement, se déchire souvent sous la pince à traction. Il est

recouvert par un péritoine épaissi, blanc, marbré de taches congestives, énormément vascularisé. L'ensemble de ces teintes lui donne un aspect bigarré.

Les trompes sont saines, tandis que les ovaires présentent souvent des altérations spéciales, décrites ordinairement sous le nom d'ovaires scléro-kystiques. Le catéthérisme utérin est dans ces cas un mode d'exploration qui ne doit jamais être négligé. Il doit être pratiqué avec prudence et douceur et en prenant les précautions antiseptiques les plus absolues. Presque toujours, il indique un allongement de la cavité utérine, de 7 à 10 centimètres généralement, rarement plus. Le col est toujours augmenté de volume, de consistance ferme présentant parfois de l'ectropion de la muqueuse.

Sur une coupe de l'organe, on remarquera l'augmentation d'épaisseur de la paroi musculaire, qui est d'une teinte tantôt blanchâtre comme celle des fibromes en noyau, tantôt rosée avec des points conjonctifs très marqués ; la surface de section est parcourue par des tractus blanchâtres, formant un réseau à mailles lâches, mais la consistance de cette paroi ne paraît pas augmentée et ne crie pas sous les ciseaux ni le scalpel.

Le muscle est facilement dilacérable, moins sec que le tissu utérin normal. La muqueuse est dans tous les cas très épaissie, sa hauteur est souvent doublée ; on y remarque des points congestifs ou hémorragipares. Parfois, vers le fond de la cavité, ou au niveau d'une corne, l'hyperplasie de cette muqueuse se traduit par la formation d'un petit polype muqueux, étalé, faisant saillie dans la cavité utérine.

En somme, augmentation de volume, léger ramollis-

sement des parois, épaissement de la muqueuse, congestion générale de l'organe, telles sont les lésions que l'œil peut apprécier à un simple examen sur un utérus récemment enlevé.

Les coupes histologiques doivent porter sur les fragments comprenant la muqueuse et toute l'épaisseur de la paroi utérine. Les auteurs qui se sont occupés de l'histologie pathologique de la pseudo-métrite ou de la sclérose utérine, ont tous décrits une hyperplasie du parenchyme utérin (1), mais ils ne sont pas d'accord sur le tissu qui est le siège de cette hyperplasie. C'est ainsi que ROKITANSKY, KIVISCH soutiennent que l'hypertrophie du parenchyme est due au tissu conjonctif.

C'est ainsi que GALLARD admet que les fibres musculaires sont étouffées par hypertrophie conjonctive, et que NOEGERRATH appelle la métrite parenchymateuse métrite interstitielle diffuse, tandis que VIRCHOW attribue l'hypertrophie pariétale de l'utérus à l'hyperplasie du tissu musculaire et décrit la métrite parenchymateuse avec les myômes, dans un même chapitre de la pathologie des tumeurs, tandis que FORSTER déclare que tous les éléments prennent part à l'hypertrophie en conservant leurs rapports respectifs, les cellules musculaires étant toutefois augmentées de volume.

Il y a, on le voit, deux tendances: l'une qui consiste à faire de l'hypertrophie utérine une hyperplasie musculaire, l'autre qui consiste à en faire une hyperplasie conjonctive, une véritable sclérose. Elles reposent toutes deux sur des examens histologiques faits par des his-

(1) HEPP. — Thèse Paris 1899, p. 28-29.

tologistes assez compétents pour qu'on ne soit autorisé à rejeter aucune de leurs conclusions. Il nous semble qu'il faille admettre un développement variable suivant les cas, des tissus musculaire et conjonctif. Voyons dans le syndrome que nous décrivons, quel est l'état des différents tissus qui constituent la paroi utérine.

Le tissu élastique nous a paru avoir d'une façon constante son développement normal. Nous n'avons jamais retrouvé les lésions décrites par Pozzi et LATTEUX (1), c'est-à-dire l'hypertrophie de la charpente élastique des vaisseaux qu'ils appellent angiosclérose envahissante, et à laquelle ils attribuent les métrorragies.

Les fibres musculaires lisses sont très multipliées, mais non hypertrophiées. Elles ont un contour net, leur noyau en batonnet, entouré d'un mince fuseau protoplasmique. Elles offrent tous les caractères des fibres jeunes en voie de développement et souvent de développement rapide. Elles forment des faisceaux de directions et de dimensions irrégulières. Sur une coupe, on les voit en faisceaux tourbillonnants et en volutes coupées sous diverses incidences, perpendiculaires, obliques ou horizontales. Elles sont plongées partout dans une substance hyaline, ankyste fondamentale. Elles paraissent parfois se grouper circulairement autour d'un petit vaisseau comme point central. Les fibres adultes sont repoussées du côté de la périphérie de l'organe, car le processus d'hyperplasie et d'hypergénèse des fibres musculaires lisses semble toujours prédominer ou du moins être plus intense au-dessous de la muqueuse.

(1) Pozzi et LATTEUX.— *Rev. gyn. et chir. abd.*, 1899, p. 77.

A noter également l'hyperplasie des fibres musculaires des *artères et des artérioles*. Autour des petits vaisseaux, on rencontre de petites cellules pas encore musculaires, des fibres cellules et des cellules fusiformes un peu en dehors, et enfin, de vraies cellules musculaires à la périphérie de ces petits nodules myômateux. Les fibres jeunes naissant autour du vaisseau, repoussent à la périphérie les plus anciennes.

D'après Doléris (1), il est difficile de distinguer à l'examen microscopique le tissu musculaire lisse, de l'utérus hypertrophié, des tissus conjonctifs jeunes qui l'entourent et s'entremêlent avec lui. Le diagnostic n'est précis que lorsque le tissu conjonctif a formé des faisceaux de fibrilles, mais la différenciation n'est pas possible sur les éléments fibroplastiques à noyaux allongés qui caractérisent le tissu conjonctif jeune. Or, la technique histologique actuelle, avec les procédés au picrobleu de Dubreuilh, au picro-ponceau de Curtis, permet de ne pas hésiter sur l'interprétation des éléments jeunes conjonctifs ou musculaires. Dans plusieurs de nos observations nous avons employé la dernière de ces méthodes et les résultats obtenus ont été en faveur de la néoformation musculaire.

Le *tissu conjonctif*, au contraire de ce qu'ont avancé les auteurs qui se sont occupés des pseudométrites, nous a paru dans tous les cas que nous avons examinés, être normal au point de vue de son abondance et de ses éléments constitutants. On le retrouve disposé sous forme de fibres conjonctives min-

(1) DOLÉRIS. — *La Gynécologie*, 1901, p. 400.

ces, allongées, séparant les uns des autres les fascicules musculaires. Au niveau du myôme et surtout près de la muqueuse, à l'endroit où nous avons vu les néoformations musculaires être plus abondantes (myôme sous muqueux), les éléments conjonctifs sont également plus développés : ce sont surtout des cellules étoilées ou fusiformes qui s'interposent entre les faisceaux du myôme et qui sont comprises dans une substance ankyste fondamentale. Leur nombre, comparativement aux éléments du myôme, paraît minime. Cependant, on peut les considérer, comme formant à chaque fascicule une sorte de gaine conjonctive qui lui sert de charpente et favorise les échanges à son niveau.

Au cours de notre description, nous avons déjà parlé des altérations vasculaires siégeant au niveau des artères et des artérioles. Nous avons décrit déjà l'hyperplasie musculaire de la tunique de ces vaisseaux. SCHOLMOGOROFF (1) ayant examiné trois utérus atteints de pseudo-métrite hémorragique a trouvé des lésions des tuniques artérielles consistant surtout en hypertrophie et épaissement de la tunique moyenne et de l'adventice. Il s'agit là, d'après lui, d'une artériosclérose primitive et non d'un processus inflammatoire. Notre description diffère de la sienne par le rôle important que nous attribuons à l'hyperplasie musculaire des vaisseaux et non pas à leur sclérose.

L'examen microscopique permet de se rendre compte des altérations considérables dont est le siège la muqueuse de l'utérus. La couche glandulaire est considé-

(1) SCHOLMOGOROFF.— *Monats. für Geburt und Gyn.*, Mars 1900.

ablement augmentée. Les glandes les plus superficielles sont très allongées et festonnées, comme moniliformes. Les culs-de-sac les plus profonds sont petits, mais munis d'une lumière très apparente, et certains d'entre eux sont déjà plongés au sein du tissu myômateur sous-jacent à la muqueuse. Ainsi donc, en plein myôme, on trouve des culs-de-sac qui s'isolent pour former des noyaux d'adéno-myômes. Cette disposition a déjà été décrite par THOMAS-S'CULLEN, dans le *Canada Lancet* de juillet 1903.

Les glandes elles-mêmes sont peu modifiées dans leur texture. L'épithélium qui les revêt présente ses caractères habituels sans aucune modification. Signalons cependant que dans certaines observations nous avons rencontré des hémorragies à l'intérieur même des culs-de-sac glandulaires. Le tissu interglandulaire est en hyperplasie manifeste. Il est formé de petites cellules ovales très abondantes, presque réduites au noyau entre lesquelles on trouve des globules sanguins tantôt infiltrés d'une façon diffuse, tantôt réunis en petits amas pour former des hémorragies interstitielles. Dans les cas où les métrorragies ont prédominé, on constate sous la muqueuse et sous le revêtement épithélial un grand nombre de vaisseaux embryonnaires qui n'ont, pour toute paroi, qu'une simple couche de cellules endothéliales et qui paraissent dilatés et tortueux. Il y a très peu d'extravasation cellulaire autour de ces vaisseaux, ce qui semble bien indiquer que toutes les lésions histologiques rencontrées dans la muqueuse présentent un intérêt secondaire. Il s'agit simplement d'une hyperplasie du chorion muqueux avec multiplication très active

des cellules qui le constituent, hyperplasie parallèle au développement du myôme sous-jacent et concordant avec l'hyperplasie glandulaire qui l'avoisine. Ces lésions de la muqueuse ne sont donc pas la caractéristique d'une affection spéciale, il n'y a plus de *métrite* au sens vrai du mot; il n'y a que la série d'altérations hyperplasiques qu'il est fréquent de rencontrer dans les fibromyômes utérins et à laquelle on a donné le nom de *métrite myômateuse*.

Nous avons précédemment, déjà, parlé de la coexistence fréquente des altérations ovariennes que l'on a décrit sous le nom d'ovaires scléro-kystiques, avec nos myômes diffus. Nous ne ferons que la signaler, car l'étude de ces dégénérescences ovariennes est à reprendre complètement au point de vue clinique comme au point de vue histologique. En tous cas, il ne nous a pas semblé qu'il y ait une différence marquée dans le tableau clinique présenté par nos malades, entre les cas où les ovaires étaient scléro-kystiques et ceux où ils étaient sains. C'est pourquoi nous n'attachons que peu d'importance à cette lésion sur laquelle des travaux sont en cours actuellement au laboratoire du service de gynécologie de la Charité de Lyon.

On voit donc par ce qui précède combien les lésions histologiques que nous avons constatées diffèrent des lésions décrites par les auteurs et qu'ils ont attribuées à la sclérose utérine. Nous en donnons ici un tableau résumé pour que le lecteur puisse se rendre compte facilement de cette différence : Augmentation considérable de l'épaisseur des parois vasculaires, en particulier des artérioles; tendance à la disparition, dans leur

tunique, des fibres musculaires qui sont remplacées par des fibres élastiques; prolifération du tissu conjonctif et du tissu élastique au niveau de la tunique externe des vaisseaux; irradiation de ce tissu dans le muscle utérin, qu'il dissocie et qu'il étouffe en formant de larges îlots. C'est en somme l'hyperplasie de l'élément conjonctif qui prédomine.

Nous n'entreprendrons pas ici l'histogénèse des lésions que nous avons décrites : on sait combien cette étude est incertaine et comment la cause première qui préside au développement des fibro-myômes est restée dans l'obscurité. Il est vraisemblable que les mêmes causes qui sont à l'origine des myômes nodulaires doivent déterminer la production du myôme diffus par un processus histologique analogue, sous l'influence de cette cause que l'on n'a pas encore pu suffisamment préciser, ou bien la prolifération myômateuse utérine apparaîtra en un seul point de l'utérus, se développera concentriquement, se dessinera par un relief ou une déformation localisée appréciable à la surface de la matrice ou dans sa cavité et ce sera le myôme nodulaire banal; ou bien l'activité néoformative sera diffusée dans tout l'organe, celui-ci augmentera régulièrement de volume et ce sera le myôme diffus.

Une question se pose, importante à élucider : la sclérose peut-elle évoluer parallèlement à la myômatoïse ou lui succéder ? Nous répondrons que jamais nous n'avons, au cours de nos recherches, rencontré ce phénomène, mais que, théoriquement, il ne nous paraît pas impossible. En effet, si l'on veut se rappeler qu'en pathologie générale les phénomènes prémonitoires des

proliférations néoplasiques revêtent tous un caractère inflammatoire, avec dilatation vasculaire et extravasation cellulaire, le tissu conjonctif est susceptible de réagir parallèlement à ces phénomènes, puisque c'est à son intérieur que ceux-ci évoluent. Il n'y a pas lieu de s'étonner que la sclérose de ce tissu conjonctif puisse être dans un avenir plus ou moins reculé, l'aboutissant d'une inflammation antérieure très néoplasique.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

D'après le plus grand nombre des observations que nous avons pu recueillir, la myômatose diffuse survient généralement chez les femmes âgées de 35 à 40 ans. Souvent l'affection a pu commencer longtemps auparavant, mais l'âge que nous donnons constitue la période de la vie féminine pendant laquelle cette affection a le plus de chance de se développer. Faisons observer tout de suite que cet âge n'est pas en rapport direct avec la ménopause: il ne serait donc pas logique de faire intervenir comme cause prédisposante les troubles généraux et circulatoires qu'on observe fréquemment lors de la suppression des menstrues.

L'influence de l'hérédité nous a paru de peu d'importance; dans les antécédents héréditaires de nos malades nous avons parfois relevé des affections gynécologiques, mais dans la plupart des cas il n'y avait rien qui puisse attirer notre attention de ce côté. L'hérédité donc, si elle a une influence sur le développement de la myômatose diffuse, ne saurait agir que par le même mécanisme qu'on lui connaît déjà dans le développement des fibromyômes vulgaires; il s'agit d'une prédisposition générale de l'organisme à réagir dans le sens néoplasique et

formateur, prédisposition que nous ne pouvons élucider dans son mécanisme intime, que nous enregistrons, mais dont l'importance est minime, car il peut faire défaut dans des observations indubitables.

Les grossesses même multiples, semblent jouer un rôle très effacé. Certaines de nos malades n'avaient jamais été enceintes, d'autres avaient eu des grossesses multiples et le tableau clinique était le même. Dans une de nos observations, la malade après avoir eu les premières manifestations douloureuses et hémorragiques du début de la myomatose, eut une grossesse qui évolua normalement sans hémorragie, mais, après sa délivrance et son retour de règles, les symptômes reparurent avec une intensité sensiblement égale qui conduisirent la malade à une hystérectomie qui permit de vérifier histologiquement la cause de l'affection.

L'influence des états constitutionnels (diabète, alcoolisme, syphilis, tuberculose, neuro-arthritisme) est vraisemblable. Néanmoins elle n'est pas démontrée et nous avons rencontré la myomatose diffuse chez des femmes exemptes de tares héréditaires ou acquises et chez lesquelles les phénomènes de la nutrition semblaient se faire d'une façon normale. Quant au neuro-arthritisme, capable d'après M. RICHELOT de provoquer naturellement une stase sanguine des organes génitaux de la femme et une congestion chronique de l'utérus, son rôle est peut-être de favoriser le développement des fibres jeunes myomateuses par cette congestion même; cependant il faut avouer que ce mot de neuro-arthritisme n'explique rien et que c'est la stase pelvienne et la congestion qu'il faudrait à leur tour expliquer.

La congestion chronique de l'utérus, nous l'avons constaté nous-même dans nos cas de myômatose diffuse. Mais est-elle primitive et correspond-elle à une des causes prédisposantes de l'affection, est-elle secondaire, c'est-à-dire une conséquence des lésions anatomiques, nous ne pouvons élucider cette question sans nous lancer dans des hypothèses qui ne reposeraient pas sur des bases certaines.

Ainsi donc nous considérons la myômatose diffuse comme le résultat d'un processus formateur et néoplasique analogue à celui qui préside au développement des fibro-myômes nucléés. Et nous tenons à affirmer cette proposition, car une question se posait, intéressante à résoudre, à propos des lésions que nous décrivons dans la muqueuse utérine: y a-t-il infection primitive, métrite chronique hyperplasique et inflammation lente du muscle voisin de la muqueuse se propageant d'une manière diffuse à toute la paroi utérine et aboutissant à la formation d'éléments embryonnaires de même type que ceux préexistants dans le tissu, c'est-à-dire musculaires ? Y a-t-il au contraire néoformation myômateuse primitive sous une influence que nous ne connaissons pas, la même que pour les fibro-myômes nucléés, et comme chez ces derniers, endométrite myômateuse consécutive interstitielle, hémorragique ? On sait que WYDERT et CAMPS ont décrit dans les fibromes-myômes de l'utérus une endométrite hyperplasique présentant deux formes principales : l'une qu'on rencontre dans les fibro-myômes éloignés de la muqueuse et qui est une métrite glandulaire donnant des leucorrhées persistantes, l'autre qui se voit dans les

fibro-myômes sous-muqueux et qui est une métrite interstitielle donnant des hémorragies. Or, l'analogie est frappante entre ce dernier type et celui que nous décrivons, et nous adoptons la deuxième des hypothèses exprimées plus haut : d'abord formation du myôme, puis apparition de l'endométrite myômateuse hémorragique.

Sous quelle influence se font les hémorragies et faut-il invoquer comme DALCHÉ et FRANZ des troubles de fonctionnement de l'ovaire ou bien comme THEILHABER l'atonie des fibres musculaires, enfin l'hypervascularisation de la muqueuse est-elle seule en cause ? Il est vraisemblable que ces trois facteurs interviennent à des titres divers puisque nous avons signalé des lésions de la fibre musculaire, de la muqueuse et dans la plupart des cas de la dégénérescence scléro-kystique des ovaires.

En tous cas le mécanisme intime de ces hémorragies nous paraît sensiblement comparable aux phénomènes de la menstruation normale. Mais dans le cas de myôme diffus, les influences vaso-motrices sont troublées et ne règlent plus aussi bien l'écoulement sanguin, et d'autre part les fibres musculaires utérines jouissent d'une contractibilité moindre qu'à l'état normal et ne peuvent réduire le calibre des vaisseaux qui charrient une quantité de sang plus considérable, si bien que l'hémorragie persiste abondante aussi longtemps que dure la congestion dans le bassin.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Il convient d'indiquer à la fin de ce travail les grandes lignes du traitement et même de l'envisager dans ses détails, car il peut être d'une grande utilité aux praticiens qui dans la pratique courante se trouveraient en face du syndrome clinique que nous venons de décrire.

Avant de recourir aux méthodes chirurgicales que l'on conservera comme dernière ressource, il faut d'abord s'attacher à soulager les malades et à parer aux divers accidents qui peuvent se succéder au cours de l'évolution des myômes diffus.

Le *traitement médical* devra s'adresser d'abord à l'état général dont nous avons vu l'importance dans l'étiologie de l'affection et dans la pathogénie des symptômes. Le repos au lit rigoureusement observé constitue la base du traitement; dans tous les cas où il s'agit d'accidents aigus, tels que douleurs vives, hémorragies, etc. — La *congestion ménorragique* guérit dans l'immense majorité des cas par le seul repos au lit, à condition de l'imposer régulièrement à chaque époque menstruelle, aussi longtemps que la perte du sang paraîtra excessive.

On recherchera et on traitera systématiquement la *constipation*: les globules d'huile de ricin, les cachets de

casacara, de rhubarbe, les pilules savonneuses, seront les laxatifs le plus souvent employés. Les drastiques seront évités avec soin.

Certains auteurs, partant de cette idée que la sclérose seule de l'utérus expliquait tous les symptômes, ont conseillé l'iodure de potassium à petites doses ; ce que nous avons dit dans les chapitres précédents nous permet de conclure au rejet de ce médicament.

Il ne faut pas oublier que bien souvent on a affaire à des femmes nerveuses, parfois neurasthéniques; ce sont là des conséquences directes de la chronicité de leur affection utérine. On leur conseillera une hygiène spéciale, on proscrira l'alcool, le thé, le café. On instituera un traitement hydrothérapique : des douches tièdes en pluie, des bains sulfureux, et enfin on aura recours aux eaux thermales pour lesquelles Nérès, Plombières, Luxeuil, Vittel, Bagnoles-de-l'Orme, Royat, Châtel-Guyon, sont les stations les plus indiquées.

Contre les *métrorragies* on aura recours à la médication hémostatique. On s'abstiendra de donner de l'ergot de seigle que l'on emploie d'une façon si banale, car il n'aurait d'autre résultat que d'augmenter l'hémorragie, soit qu'il n'amène que des contractions partielles, soit qu'en provoquant des contractions utérines, celles-ci compriment les minces parois veineuses, d'où stase sanguine. Les médicaments utérins, hamamélis virginica, hyrastis canadensis, vibunum prunifolium, piscidia erythrina, capsicum annuum pourront rendre des services à la dose de 10 à 15 gouttes répétées 3 fois dans les 24 heures. On a recommandé aussi le sulfate de quinine dont nous avons fait usage avec succès.

C'est ainsi que nous formulons fréquemment :

Sulfate de quinine.	0.10
Poudre de gentiane . . .	} ãã . q.s. p. une pilule
— de rhubarbe . . .	
En prendre 3 par jour.	

En Allemagne, la stypticine et le stypol ont été récemment vantés, mais nous n'avons pas d'expérience de ces deux derniers médicaments. Il conviendra aussi de se montrer prudent dans l'administration prolongée de l'adrénaline et de la thyroïdine dont les propriétés toxiques ne sont pas encore nettement démêlées.

Contre les *hémorragies*, le traitement local s'adressera surtout à des irrigations vaginales d'eau bouillie, très abondantes et très chaudes (45 à 50°), données deux fois par jour, et injectées lentement et sous faible pression, la malade gardant le décubitus horizontal. Des décoctions de pavot et de guimauve, additionnées de borate de soude (20 à 25 gr.) et de chlorure de sodium (15 gr. pour 2 litres d'eau) ont dans ce cas été préconisées. Dans l'intervalle des époques menstruelles, l'emploi de ces irrigations est très utile et elles seront continuées à une température qui variera selon les cas particuliers et la tolérance des malades. De plus, les ovules glycerinés au thigénol ou à l'ichtyol ou à la glycérine alcalinisée (glycérine 200, borate de soude 20 gr., chlorure sodium 2 gr.) serviront de décongestionnants par leur action sur le col ; nous en conseillons l'application tous les deux soirs, suivie le lendemain matin d'une irrigation vaginale abondante.

Contre l'élément *douleur*, il sera le plus souvent inu-

tile de recourir aux applications de glace. Mais des cataplasmes chauds, ou mieux des compresses humides chaudes recouvertes de taffetas gommé et que l'on pourra d'ailleurs arroser de laudanum suffiront. Les douleurs pourront être également calmées à l'aide de suppositoires ou de lavements opiacés et belladonnés avec ou sans antipyrine.

Certains auteurs ont employé l'électricité comme méthode curative suivant les indications d'Apollon. Nous ne pouvons juger ici une méthode que nous n'avons pas mis nous-même en application et nous ne saurions préciser davantage ses indications ou ses contre indications.

Le massage et la kinésithérapie, sont les adjuvants précieux d'un traitement médical suivi, et nous n'hésitons pas à reconnaître leur efficacité dans tous les cas où la congestion de l'organe joue un rôle si important dans la production des phénomènes pathologiques. Ce n'est pas un traitement banal que tout le monde peut instituer ou subir, c'est là son défaut. Mais, exécuté avec tact et habileté, il devient dans nombre de cas un remède héroïque et bienfaisant.

Il nous reste à parler des méthodes actives chirurgicales. Et d'abord que penser de la cautérisation de la muqueuse par les agents chimiques, le chlorure de zinc, par exemple, ou la teinture d'iode? Nous dirons simplement qu'il n'y faut pas trop compter comme méthode thérapeutique. L'emploi de l'iode est presque inefficace, tandis que le chlorure de zinc n'est pas sans danger.

Les scarifications pratiquées sur le col utérin après asepsie préalable, dans les cas de congestion intense

avec douleur et leucorrhée pourront procurer un soulagement rapide et très marqué.

Le curettage est une opération qui trouve chez ces malades atteintes de myôme diffus une indication souvent inefficace. C'est ainsi que ces malades sont souvent arrivées à l'hôpital ayant déjà subi plusieurs curettages. On s'acharne après une muqueuse dont les lésions sont secondaires; le muscle utérin n'est pas touché et c'est lui qui est la cause première de tous les accidents. Le curettage peut donc être pratiqué légitimement chez les malades désirant à tout prix un traitement. Toutefois en présence des insuccès constatés dans les nombreux cas que nous avons étudiés, il nous paraît difficile de le conseiller.

Enfin si tous les autres moyens échouent, et surtout si la condition sociale de la femme ne lui permet pas d'attendre les effets du traitement médical ou palliatif, si les ménorragies sont abondantes, si les douleurs empêchent toute occupation suivie, si l'état général s'affaiblit sous l'influence de la dépression nerveuse qui est le résultat des divers symptômes causés par la myomatose diffuse, on aura recours à l'hystérectomie. L'aseptie qui préside aujourd'hui à la chirurgie abdominale permettra d'employer la voie haute pour pratiquer cette opération: Les avantages de l'incision abdominale sont reconnus actuellement par tous les chirurgiens et ce n'est pas ici le lieu de les passer en revue. Une question se pose : faut-il laisser les ovaires en place ou en pratiquer l'ablation en même temps que celle de l'utérus ? Dans la plupart des cas, on se trouve en présence de ces dégénérescences particulières des ovaires qu'on appelle dégéné-

rescence sclérokystique. Si cette lésion est très accentuée, nous conseillons la castration totale. Au contraire, s'il s'agit d'une femme jeune, dont les ovaires paraissent sains macroscopiquement, il sera prudent de les laisser en place, ou au moins d'en laisser un destiné à prévenir l'insuffisance ovarienne.

Le procédé qui nous paraît être le procédé de choix et dont nous avons vu les résultats excellents dans les cas que nous avons pu suivre, c'est l'hystérectomie subtotale selon le procédé américain. Elle est plus rapide que l'hystérectomie totale, plus inoffensive dans son pourcentage et enfin nous avons vu le moignon du col utérin resté en place, diminuer de volume, s'atrophier progressivement et ne plus donner lieu à aucun phénomène pathologique.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Toutes les observations que nous publions viennent du service du docteur Albertin, à la Charité.

Les résultats de l'examen anamato-pathologique nous ont été communiqués par M. le Dr Paviot, professeur agrégé à la Faculté, et M. le Dr Albert Jambon, préparateur au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

OBSERVATION I

Antoinette C..., 38 ans, tisseuse ; entrée au service, le 8 février 1906.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien à noter.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans l'enfance, réglée à 15 ans, toujours régulièrement, pas de leucorrhée, 6 grossesses, dont deux fausses couches, puis quatre à terme, dont une jumellaire. Enfants tous bien portants.

Le début d'octobre 1905 est marqué par l'apparition brusque de pertes sanguines abondantes accompagnées de quelques caillots. A l'hôpital de Vienne, on la met au repos, avec des irrigations chaudes et des injections hypodermiques d'ergotine. Sortie le 25 du même mois, elle y rentre à nouveau le 4 janvier 1906, pour de nouvelles pertes plus abondantes que les précédentes, nécessitant son envoi à la Charité où elle est admise salle Sainte-Magdeleine. A l'entrée, la malade présente un amaigrissement notable avec perte des forces, le teint est jaune terreux, les muqueuses pâles et décolorées. L'appétit est conservé, pas de constipation, mictions normales. Les pertes sont abondantes, continuelles, un peu fétides, mais peu douloureuses.

Le toucher vaginal permet de sentir un col en situation normale peu saillant dans le vagin. Dans le Douglas rien de bien net. Dans le cul-de-sac gauche, on sent un cordon arrondi, légèrement douloureux. Le 25 février 1906, a lieu l'intervention. Laparatomie médiane sous ombilicale. On est frappé par l'aspect du péritoine pariétal et surtout viscéral qui est blanc marbré et paraît épaissi. Utérus gros très vascularisé. Ovaire droit kystique du volume d'une noix, le gauche paraît sain. Hystérectomie subtotale (procédé américain) avec ablation des annexes. Elle sort guérie le 11 février 1906.

Examen de la pièce montre ovaire droit composé d'un gros kyste et la substance ovarienne paraît complètement disparue. L'utérus incisé montre une augmentation d'épaisseur de la paroi utérine notable, diffuse, sans noyaux, fibromateuse. La muqueuse a un aspect gélatiniforme; pâle, d'une épaisseur de 0,005 environ se détachant facilement du plan sous-jacent. L'examen histologique avec coloration de la pièce au picrocarmine nous montre une muqueuse hyperplasiée mais intacte. Sous cette muqueuse, on voit un muscle à développement rapide, disposé en tourbillons. Dans l'interstice des fibres lisses quelques fibres conjonctives, leur nombre ne paraît pas augmenté. Les vaisseaux sont très musclés.

OBSERVATION II

M... Benoîte, 37 ans. — Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans 1/2, au même âge la petite vérole. Pas de fausses couches, trois accouchements tous normaux, enfants bien portants.

Depuis ses premières couches la malade eut des pertes blanches.

Depuis deux mois environ, à la suite d'une période de fatigue et de surmenage la malade « souffre du ventre ». Elle se plaint de douleurs énervantes et sourdes qui, augmentant d'intensité,

l'obligeant à quitter son travail et à entrer à la clinique hospitalière du docteur Albertin. A ce moment l'abdomen est douloureux. La malade éprouve une sensation de poids, de brûlure parfois au niveau de l'ombilic. Le poids de ses couvertures l'incommode plus qu'une palpation profonde. Elle se plaint également de violentes crampes d'estomac et d'être fortement constipée. Miction difficile. La malade ne peut expulser quelques gouttes d'urine qu'au prix des plus grands efforts mais sans douleurs. Cette période aurait été précédée, il y a deux mois, d'une sorte d'incontinence. La malade affirme avoir perdu ses urines en toussant.

A l'examen, utérus à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse et à droite de la ligne médiane. Il est un peu globuleux, le fond paraît élargi. Col entr'ouvert déchiqueté, ectropion de la muqueuse.

Culs-de-sac. — Rien à noter.

Orifice urétral rouge. On ne constate rien de particulier dans la traversée de l'urètre. Le cathétérisme est impossible cependant, avec une sonde en verre. Pratiqué avec une sonde de Nelaton, il permet de retirer quelques gouttes d'une urine claire sans sucre ni albumine.

La malade est mise au repos, on lui place un pessaire et part au bout de quelques jours les douleurs ayant complètement disparues.

Quinze jours après, le 6 janvier 1906, elle revient, se plaignant à nouveau de vives douleurs et de pertes plus abondantes. Après un sérieux examen, l'opération est décidée. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Utérus du volume du poing, sans noyaux apparents. Ovaires scléro-kystiques. Hystérectomie subtotale et castration bilatérale. Suture du péritoine et réfection de la paroi.

Examen histologique. — Sous une muqueuse augmentée d'épaisseur, commence un muscle disposé en petits tourbillons, qui s'avance jusque dans l'intervalle des glandes les plus profondes. Celles-ci sont allongées et festonnées. Entre les plus superficielles le tissu interglandulaire est bourré de petites cellules conjonctives en hyperplasie, mais les glandes ne paraissent

sent pas le siège de processus inflammatoire à leur intérieur. Les vaisseaux sont fortement musclés. La trompe est complètement saine du côté des villosités. A sa surface il y a cependant de la survascularisation et de l'hyperplasie musculaire des artérioles. Ça et là quelques îlots de cellules rondes dans la sous-séreuse. En somme forte congestion périsalpingienne.

OBSERVATION III.

M... Marie, 33 ans, devideuse.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance, réglée à 16 ans et depuis toujours régulièrement. Mariée à 23 ans, elle eût, 2 ans après, une fausse couche, puis l'année suivante un accouchement à terme avec déchirure du périnée. Enfant actuellement vivant et bien portant. Il y a un an notre malade fit un effort qui provoqua un prolapsus de l'utérus. Elle resta au lit 15 jours, et depuis porte un pessaire. Un mois après, elle eût une crise de coliques hépatiques qui depuis ne s'est pas renouvelée.

Malgré son pessaire, la malade ressentit après ses règles des douleurs abdominales violentes accompagnées d'un écoulement leucorrhéique rosé. Le pessaire fut changé, mais les douleurs persistèrent. L'administration d'ovules à l'ichtyol provoqua la diminution des pertes. Des troubles subjectifs également apparurent. L'appétit devint capricieux, les digestions pénibles et s'accompagnant d'une sensation de pesanteur et de douleur à l'épigastre. La miction est douloureuse et l'état général paraît relativement bon.

A l'examen. — *Utérus* en anteversion peu accusée. Le fond est incliné sur la droite et à deux travers de doigt de la symphyse.

Col gros, dur, à muqueuse hyperplasiée, présente une grande déchirure à droite.

Culs-de-sacs n'offrent rien à signaler. Dans le cul-de-sac droit cependant, on a une sensation de résistance, de bride, sans qu'on trouve à ce niveau de tumeur. La pression y est douloureuse.

Le 14 février 1906, l'intervention est pratiquée. On trouve un utérus de dimensions à peu près normales. Les trompes sont congestionnées et les ovaires sclérokystiques. Hystérectomie subtotala et castration double. Péritonisation à la soie et suture de la paroi à trois plans.

Les suites opératoires sont parfaites et la malade quitte le service en excellent état, le 14 avril 1906.

L'utérus est petit, la muqueuse très grosse.

A la coupe, cet utérus offre la fasciculation, les volutes et les tourbillons de ses faisceaux comme un myôme. Il en présente aussi les vaisseaux nombreux et fortement muselés. La muqueuse a plutôt sa couche glandulaire épaissie, à glandes allongées, à tissu interglandulaire riche en cellules; elle est celle que l'on voit dans les myômes sous-muqueux. L'ovaire présente une nappe fibro-hyaline abondante et de dimensions diverses.

OBSERVATION IV

M... Marie, 35 ans, tisseuse. Entrée le 21 décembre 1905, sortie le 6 février 1906.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 45 ans, bacillaire. Père bien portant, frères et sœurs également en bonne santé.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance. Réglée à 16 ans et depuis toujours régulièrement. Règles peu abondantes et pas douloureuses. Mariée. Pas de fausses couches. Deux accouchements normaux. Le premier enfant fut un mort-né, l'autre mourut à l'âge de 5 ans, d'une méningite. L'an dernier, après ses dernières couches, la malade dit avoir eu ses règles à deux reprises différentes et à huit jours d'intervalle, puis fut de nouveau régulièrement réglée jusqu'à ce jour. Douze jours après ses dernières règles, des métrorragies remarquables par leur abondance et leur persistance apparurent. Ces pertes sont accompagnées de vives douleurs dans les deux membres inférieurs et de douleurs dans la fosse iliaque gauche irradiées dans la région lombaire.

Depuis 3 ans la malade a des troubles digestifs. La digestion est pénible, la constipation habituelle. La miction est fréquente mais pas douloureuse, les urines troubles, sans sucre ni albumine.

Au toucher, le *corps de l'utérus* est augmenté de volume, le fond senti à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse, est élargi dans le sens transversal. Le *col* est en place, assez ferme; son orifice entr'ouvert laisse échapper des pertes sanguantes. Rien de particulier dans les *culs-de-sacs*.

L'*opération* est pratiquée le 12 janvier 1906. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est rouge, augmenté de volume. Le fond est aplati présentant à sa surface le modelé des organes voisins. Le péritoine qui l'enveloppe paraît à première vue épaissi, congestionné. Il présente un réseau vasculaire exceptionnellement riche. L'ovaire droit est sain, le gauche sclérokystique. On enlève l'utérus, l'ovaire gauche et les trompes par une subtotalité. L'ovaire droit est laissé en place. Thermocautérisation et suture du moignon. Péritonisation par surjet et suture de la paroi. Sortie le 6 février 1906, guérie.

A la coupe, l'utérus est nettement fibromateux sans noyau, avec une muqueuse épaissie, hyperplasiée. L'examen *histologique* nous montre : une couche glandulaire considérablement augmentée. Les glandes les plus superficielles sont très allongées et festonnées, comme moniliformes. Les culs-de-sacs les plus profonds, petits, mais munis de lumière, se trouvent déjà au milieu du faisceau musculaire, quand les glandes les plus superficielles sont plongées dans un tissu interglandulaire de cellules rondes abondantes souvent infiltrées de globules sanguins. Le muscle sous-jacent est sûrement en myomatose. Les fibres sont courtes, fusiformes, mais munies de leur fuseau musculaire. Les vaisseaux abondent et beaucoup sont entourés d'un cercle à triple couche de cellules musculaires. En somme, myôme sous-muqueux et hypertrophie muqueuse.

OBSERVATION V

Vignard, F..., 39 ans. Entrée au service le 15 novembre 1905. Rien dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans l'enfance. Réglée à 14 ans, et depuis toujours régulièrement; à l'âge de 17, ans elle accouche d'un enfant à terme. Pas de fausses couches. La malade fut opérée à l'âge de 30 ans d'une tumeur abdominale par le professeur Jaboulay, puis une seconde fois, d'une affection que la malade ne sait préciser, par le professeur Fochier.

En juin dernier, la malade vit apparaître des pertes blanches, dès le début abondantes et qui ne tardèrent pas à prendre une teinte rosée pour devenir, il y a un mois environ, franchement rouges et contenant parfois des caillots. L'amaigrissement devint notable et la malade perdit totalement ses forces. En même temps apparurent des douleurs vives siégeant dans le flanc gauche et irradiées à la face interne des cuisses. La malade se plaint aussi de troubles digestifs, anorexie, ballonnement abdominal, éruptions acnéiformes en divers points du corps.

Elle ne va à la selle que tous les trois ou quatre jours. La miction se fait sans douleurs; les urines sont parfois hémorragiques et contiennent parfois des caillots.

Au toucher : L'utérus paraît avoir son volume normal. Il est cependant peu mobilisable, en anterversion et paraît fixé dans cette position.

Le col est allongé par suite de l'ectropion de la muqueuse et de l'hyperplasie des deux lèvres antérieure et postérieure. On ne sent rien dans le Douglas, ni dans le cul-de-sac latéral gauche, cependant à ce niveau le toucher est douloureux. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent à bout de doigt une masse du volume d'une noix, mobile et nettement séparée de l'utérus.

Le 12 janvier 1906, laparatomie médiane sous-ombilicale. On se rend compte qu'on a déjà pratiqué l'ablation des annexes droites sans doute pour kyste de l'ovaire. De ce côté se voient des adhérences péritonéales vers le cæcum et l'S iliaque. L'utérus

est volumineux et dur. L'ovaire gauche transformé et sclérokystique atteint le volume des deux poings.

L'utérus est enlevé par une subtotalité et en même temps la trompe et l'ovaire gauche. Suture et thermocautérisation du moignon. Péritonisation en surjet. Suture de la paroi à trois plans. Sortie le 7 février 1906.

Examen histologique. — Sur les coupes on voit les glandes du corps considérablement allongées et festonnées. Les culs de-sacs les plus profonds sont pris entre les faisceaux musculaires. Le muscle est hyperplasié avec fibres musculaires lisses très multipliées, avec leurs caractères ordinaires, un contour net, un noyau en batonnet. Autour des vaisseaux, une couche musculaire épaisse.

OBSERVATION VI

M^{me} D..., 40 ans, ménagère.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. Réglée à 15 ans et régulièrement jusqu'à l'époque de son mariage. Elle eut trois enfants toujours bien portants, dont le dernier a aujourd'hui 6 ans 1/2. Après son second enfant, la malade eut des douleurs dans le ventre, s'irradiant à la région lombaire. Au même moment, ses règles deviennent irrégulières, douloureuses et plus abondantes.

Ces symptômes allèrent croissant jusqu'à la troisième grossesse qui amena une sédation marquée, longue de près d'une année. Au bout de ce temps les pertes et les douleurs firent à nouveau leur apparition.

Il y a six mois, l'hémorragie devint presque continue. Les douleurs aussi augmentant, la malade entra à la Charité, salle Sainte-Thérèse, où le docteur Condamin lui fit un curettage qui diminua l'abondance des pertes, sans toutefois calmer les douleurs. Actuellement les pertes sont redevenues aussi fortes qu'autrefois. La malade a maigri et a vu décroître ses forces. La digestion est pénible. Pas de constipation.

Depuis 5 mois la malade perd ses urines dans la station debout.

Au toucher on sent un col gros, bosselé, d'apparence fibromateuse.

Le corps utérin est en place, peu volumineux et dépassant à peine le pubis.

Les annexes sont un peu grosses et douloureuses.

Le docteur Albertin intervient. Hystérectomie abdominale subtotale.

Les annexes, moins grosses qu'il semblait au toucher, sont laissées. L'utérus est gros et lisse. Suites opératoires bonnes, car la malade quitte le service quelques jours après, le 30 décembre 1904.

L'*examen histologique* montre des glandes notablement allongées, dont les culs-de-sacs profonds plongent entre les faisceaux musculaires. Le muscle est hyperplasié.

OBSERVATION VII

Aymard, femme M..., 30 ans. Entrée le 19 septembre 1905.

Antécédent personnel. — Rien à noter dans l'enfance a marché à dix-huit mois. Réglée à quinze ans et depuis toujours régulièrement. Règles peu abondantes, pas douloureuses. Mariée à vingt ans elle eut deux enfants qui nécessitèrent le forceps, à vingt-sept ans une fausse couche et c'est de cette époque qu'elle souffre.

Quinze jours environ par mois elle perd en rouge, pertes peu abondantes, il est vrai, mais continuelles. Dans l'intervalles ce sont des pertes blanches. Ces pertes s'accompagnent parfois de douleurs violentes ayant leur siège au-dessous de l'ombilic, s'irradiant aux lombes et à la face interne des cuisses. L'état général est peu modifié. La digestion est normale. Les ovaires contiennent des pigments biliaires, mais ni sucre ni albumine. L'*examen* permet de reconnaître un utérus mobile gros, à un travers de main au-dessous de l'ombilic, plutôt rétrofléchi et déviée à droite, le fond est élargi. On sent aussi un gros col de métrite, mais sans allongement. Les culs-de-sacs manquent de

souplesse, il ne semble cependant pas y avoir de masse distincte perceptible. La mobilisation de l'utérus est douloureuse.

Avant l'opération, le toucher permet de reconnaître un gros utérus mobile et lourd, un ovaire sclérokystique à droite.

Le Dr Albertin pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. On découvre un utérus gros, dur, ballant, congestionné. Le petit bassin est très vascularisé. On voit surtout des veines énormes dans tous les ligaments, aussi dans les pédicules ovariens. Hystérectomie subtotale. On enlève l'ovaire gauche qui est kystique, paraît assez malade, et les deux trompes. On laisse l'ovaire droit. Les artères ovariennes sont très grosses, du volume d'une radiale. Péritonisation et suture de la paroi à trois places. Les suites opératoires sont bonnes, sort guérie le 21 novembre 1905.

Macroscopiquement l'utérus est globuleux, très dur à la coupe, criant sous le couteau, impossible à entamer avec l'ongle, l'ovaire enlevé est sclérokystique.

L'examen histologique nous montre une muqueuse hyperplasiée, bourrée de tubes glandulaires de diverses formes et tous munis d'un revêtement épithélial cubique, plus ou moins haut, et d'une lumière à contenu clair. Dans le tissu sous-muqueux on voit des fibres lisses très courtes et très jeunes disposées en nappe et orientées dans tous les sens.

Le muscle est formé de fibres lisses, petites, grêles, très multipliées, formant des faisceaux de direction et de dimensions irrégulières, sur une coupe on en voit de perpendiculaires, d'obliques et d'horizontales. On constate aussi une grosse hyperplasie des fibres musculaires, des artères et des artérioles. Le tissu conjonctif forme de très minces travées entre les îlots musculaires décrits plus haut.

OBSERVATION VII

B... Françoise, 34 ans.

Antécédent héréditaire. — Mère morte, il y a deux ans, à la suite d'une opération. Père mort en 1881 de phthisie pulmonaire.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. Réglée à treize ans et toujours régulièrement jusqu'à l'époque de son mariage où celles-ci devinrent irrégulières et douloureuses. Deux accouchements normaux, pas de fausses couches. Il y a deux ans environ, la malade eut un petit polype dont on fit la ligature. Il y a six mois environ, apparurent des pertes, pertes au début rosées et presque insignifiantes qui depuis jours quinze sont devenues noires, abondantes, s'accompagnant de caillots du volume du poing.

Ce n'est du reste pas la première fois que la malade a eu des métrorragies, il y a dix ans, à la suite d'une frayeur, elle eut durant deux mois des pertes abondantes qui disparurent par l'emploi d'ovules glycerinés. Une deuxième fois, il y a cinq ans, à la suite d'une frayeur aussi, la malade eut encore des métrorragies qui durèrent deux mois et cédèrent à l'injection d'eau de Léchelle. Cette dernière fois, la métrorragie est d'une abondance telle, que la malade se voit contrainte d'entrer à la Charité. Ces hémorragies l'ont d'ailleurs très affaiblie. Elle se plaint de vertiges, maux de tête, d'avoir la vue trouble. Elle présente en somme tous les signes d'une anémie profonde. Il n'y a pas de douleurs abdominales spontanées ou provoquées. La malade se plaint seulement de douleurs, dans les jambes, qui ont apparu avec des pertes et depuis sont toujours allées en augmentant. La digestion est bonne, pas de constipation. Urines normales. Elle n'a jamais souffert en urinant, et à aucun moment présenté de pertes blanches.

A l'examen on constate que l'utérus est augmenté de volume. Le fond est arrondi, volumineux et senti entre l'ombilic et la symphyse. Le col est épaissi, élastique, fermé. Les culs-de-sacs sont souples.

On intervient : laparatomie médiane sous-ombilicale. Hystérectomie abdominale selon le procédé américain, castration bilatérale. Trois semaines après, la malade quitte le service en parfait état.

Examen histologique. — Utérus relativement volumineux, de consistance molle. A la coupe, au sein d'un tissu rosé presque

rouge et présentant une surface nette, on constate un noyau fibromateux bien délimité et du volume d'une noisette. Tout autour le tissu utérin montre des signes très nets de myômatose diffuse. Les fibres musculaires lisses, avec leurs caractères ordinaires, sont très multipliées et forment des faisceaux de direction et de dimension irrégulières. Peu d'éléments fibreux et de substance intercellulaire. La muqueuse hyperplasiée montre des glandes allongées et dilatées.

OBSERVATION IX

Renaud, 40 ans.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. Elle eut quatre enfants tous aujourd'hui bien portants. Pas d'accidents au cours de ses grossesses, pas de fausses couches.

Réglée à 14 ans et depuis toujours régulièrement. Règles peu abondantes, pas douloureuses, durant généralement trois jours. La dernière seule a devancé d'une semaine son époque probable et a duré cinq jours. Elle fut particulièrement abondante. Dans l'intervalle de ses règles, la malade avait des pertes blanches qui ont augmenté d'abondance depuis trois semaines.

Depuis quinze jours environ la malade ressent des douleurs violentes dans le bas-ventre, s'irradiant dans les lombes et à la face interne des cuisses.

Pas de douleurs à la miction, pas de constipation. La malade dit avoir maigri d'une façon notable.

L'examen permet de soupçonner une dégénérescence fibromateuse sur la face antérieure de l'utérus.

L'utérus est très mobilisable par le doigt vaginal. Le fond est difficilement senti à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, ses annexes gauches sont un peu douloureuses mais pas augmentées de volume. Les annexes droites bien senties, n'offrent rien de particulier. Le col est gros et dur et ulcéré. L'examen au spéculum permet de reconnaître un col gros avec les deux lèvres hypertrophiées portant une ulcération au niveau de l'orifice, non bourgeonnante n'ayant pas le caractère d'un néoplasme.

Intervention le 4 octobre 1906. Laparatomie. Hystérectomie subtotale avec castration double. Le 26 octobre suivant la malade quitte le service en parfait état.

Macroscopiquement l'utérus est du volume d'un œuf. Il est dur à la coupe et présente une sorte de tissu induré, fibreux, situé immédiatement au-dessous de la muqueuse.

Les ovaires sont kystiques. Les *trompes* ont dans leur paroi de petits kystes microscopiques.

Histologiquement, on voit une grande abondance de fibres musculaires lisses ; les glandes allongées et dilatées.

OBSERVATION X

C... Marie, 28 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Réglée à 18 ans toujours régulièrement. Règles peu abondantes pas douloureuses. Pas de maladies antérieures.

Mariée à 25 ans, elle eut à 27 ans un enfant aujourd'hui bien portant. Trois mois après ses couches, elle eut une hémorragie abondante, qui persista huit jours. Depuis, ses règles sont devenues irrégulières, très abondantes et douloureuses et dans l'intervalle des pertes blanches, non fétides. L'état général jusqu'à ce jour a été peu modifié. Digestions normales, pas de constipation. Urines claires sans sucre ni albumine. La miction est un peu douloureuse.

A l'examen, on sent un col un peu gros et œdémateux en position d'antéflexion avec sillon très net au niveau de l'isthme. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent une masse dure, grosse comme le poing qui doit être le fond utérin. D'autre part, en arrière, sur la face postérieure de l'utérus, à droite et à gauche, on sent de petites masses grosses comme une noix. Toutes sont mobiles. Bref, on fait le diagnostic d'utérus antéfléchi avec des masses sous péritonéales. A droite surtout, perçue par la main abdominale, on sent une masse probablement annexielle.

Le 2 juillet 1905. Laparotomie. Gros utérus myômateux avec des trompes flexueuses fixées en position haute par des adhéren-

ces. De la trompe gauche part une adhérence longue comme le petit doigt allant à l'S iliaque. A droite une adhérence identique. On coupe ces adhérences. Pendant cette libération jaillit un jet de pus sitôt épongé. La masse est enlevée par une hystérectomie subtotale de gauche à droite. Lavage du péritoine à l'eau oxygénée et sa fermeture.

La malade quitte le service en excellent état le 22 juillet 1905. La pièce comprend un gros utérus myômateux sans fibrome et de grosses trompes flexueuses contenant du pus et fixées par des adhérences. Elles sont épaisses, dures, et forment par leur pelotonnement de petites masses arrondies expliquant très bien l'erreur de diagnostic.

Au microscope, on constate dans l'épaisseur du muscle au voisinage des vaisseaux, une grande abondance de petites cellules pas encore musculaires, mais qui s'allongent déjà, et une pénétration de fibres cellules et de petites cellules fusiformes dans le tissu interglandulaire de la muqueuse, avec hyperplasie et allongement des glandes.

OBSERVATION XI

G. Marie, 45 ans, ménagère.

Antécédents personnels. — Pas d'affections dans l'enfance. Réglée à 16 ans et depuis toujours régulièrement. Mariée à 20 ans, elle eut un fils actuellement bien portant. A 25 ans, la malade eut un accès de rhumatisme articulaire aigu qui la tint un mois au lit et dont elle a depuis ressenti les atteintes.

Il y a deux ans, après un retard menstruel de vingt jours, la malade vit brusquement apparaître des pertes très colorées accompagnées de nombreux caillots. Traitées par le repos et le chlorure de calcium, ces pertes diminuèrent un peu tout en persistant cependant sous la forme d'un suintement sanguin presque continu. Il y a vingt jours environ, celles-ci redevinrent très abondantes, noirâtres, un peu fétides et contenant quelques caillots. En même temps apparurent des douleurs, douleurs lombaires s'irradiant à la face interne des cuisses, devenant plus in-

tenses au moment des époques et s'accompagnant d'une sensation de picotement dans les jambes.

L'état général s'est modifié. La malade dit avoir maigri de dix kilos environ. Les fonctions digestives sont également troublées; elles sont lentes et pénibles. La malade est fortement constipée et ne va à la selle que par des lavements. Les urines légèrement troubles ne contiennent ni sucre ni albumine. La miction s'accompagne de douleurs vagues, passagères, au niveau du globe vésical.

Le toucher bimanuel permet de reconnaître un utérus en position normale gros et dépassant de deux travers de doigt environ la symphyse pubienne. Le col est entr'ouvert. Les culs-de-sac sont souples. On ne provoque à ce niveau aucune douleur par la pression.

Intervention le 1^{er} février 1905. Hystérectomie abdominale subtotale suivant le procédé américain. On laisse en place les annexes.

La malade sort guérie le 1^{er} février 1905.

L'examen macroscopique de la pièce nous montre un utérus à parois épaisses et dont la muqueuse est fortement hypertrophiée.

Histologiquement, la muqueuse nous montre des glandes hypertrophiées et hyperplasiées sans lésions inflammatoires concomitantes. On y trouve des vaisseaux dilatés et sur certains points des extravasats sanguins. Le muscle est formé de faisceaux tourbillonnants et en volutes, à fibres lisses, petites, grêles, ayant un contour net et un noyau en batonnet. Autour des vaisseaux un épais anneau musculaire.

OBSERVATION XII

C..., 38 ans 1/2, ménagère.

Antécédents personnels. — Rien à signaler dans l'enfance. Réglée à 14 ans et toujours régulièrement depuis. Pas de fausses couches. Depuis trois ans environ la malade a des pertes blanches huit jours avant et huit jours après ses époques et éprouve

des douleurs. Il y a un mois, deux jours après la cessation complète de ses règles, la malade s'aperçut qu'elle perdait de nouveau en rouge. Après des injections très chaudes et du repos, ces pertes disparurent. Les règles suivantes firent leur apparition huit jours avant leur date présumée, persistèrent une dizaine de jours. Le même traitement fut employé et les pertes cessèrent. Avec les pertes des douleurs apparurent, douleurs plus ou moins vives, parfois fugaces et passagères, ayant leur siège au niveau de l'utérus et du rectum et s'irradiant à la région lombaire. Tout travail est impossible. Pas de troubles de la miction. Digestions normales. Constipation habituelle.

A l'examen on reconnaît un col entr'ouvert avec hypertrophie de la lèvre antérieure. Rien dans le Douglas et les autres culs-de-sacs qui sont relativement souples. La pression provoque à ce niveau une légère douleur.

La paroi abdominale est si tendue que l'on ne peut sentir le fond de l'utérus.

Le 16 janvier 1905, laparatomie sous-ombilicale, hystérectomie subtotal : procédé américain. On trouve un utérus gros avec fibromatose diffuse sans noyau énucléable. On pratique aussi l'ablation des deux annexes : un ovaire kystique à droite et à gauche une trompe adhérente prolabée et enroulée autour de l'ovaire. Suites, opérations bonnes. Sortie le 16 janvier 1905.

Au microscope : la muqueuse nous montre des glandes très allongées et dilatées, écartées les unes des autres. Pas de signes inflammatoire. Le muscle nous montre des fibres musculaires lisses très multipliées mais non hypertrophiées et formant des faisceaux de direction et de dimensions irrégulières. La couche musculieuse des vaisseaux est augmentée : Le tissu musculaire prédomine largement les éléments conjonctifs.

OBSERVATION XIII

Roche, 49 ans, ménagère.

Antécédents personnels. — Rien à noter dans l'enfance. Réglée à 14 ans et depuis toujours régulièrement. Elle a eu dix-sept enfants dont treize sont encore vivants et bien portants.

Un seul de ses accouchements fut marqué par un accident qui, d'après les souvenirs de la malade, aurait été de la rétention placentaire.

Depuis deux ans la malade a été prise de lassitudes très vives qui atteignaient leur maximum au moment des règles, et qui augmentèrent au point d'obliger la malade à s'aliter, au moment de ses époques, ses règles sont devenues fétides et plus noires que d'habitude.

Depuis un mois environ la malade éprouve une vive douleur dans l'abdomen, près de l'ombilic et un peu à droite, douleur qui s'irradie très nettement dans les reins. Elle a de plus des envies continuelles d'uriner et d'aller à la selle. Son appétit a diminué. Elle a aussi considérablement maigri. Entrée salle Sainte-Madeleine, le docteur Albertin lui fit un curettage et de la thermocautérisation intra-utérine jusqu'à l'isthme. Elle quitte le service le 12 avril 1904.

Du mois d'avril au mois d'août de la même année, la malade vit son état s'améliorer. Les pertes avaient cessé et les douleurs presque complètement disparu. Au mois de septembre, les pertes firent de nouveau leur apparition, pertes qui sans être très abondantes, étaient rouges, fétides, sans caillots, apparaissant à des intervalles irréguliers et durant quatre à cinq jours. Les douleurs aussi apparurent, douleurs sourdes s'irradiant dans la région lombaire, diminuant un peu pendant tout le temps que duraient les pertes, pour reparaitre plus vives dans leur intervalle. Les mictions sont aussi fréquentes, abondantes et douloureuses. Les urines claires, sans sucre ni albumine.

Au toucher on sent un utérus de volume anormal, gros, en bonne position, mobile, non douloureux. Le col utérin est dur et un peu déformé. Les annexes gauches se sentent bien, ne sont pas grosses et un peu sensibles. Les annexes droites sont senties dans le Douglas.

Le 28 décembre 1904, le docteur Albertin intervient et pratique une hystérectomie abdominale totale selon le procédé de Doyen. Il enlève également les annexes gauches dont l'ovaire est sclérokystique.

L'utérus est augmenté de volume et se laisse déchirer par le doigt.

Histologiquement la muqueuse nous montre des glandes très allongées dans un tissu fibroïde. Dans une substance hyaline se voient comme entées de nombreuses fibres musculaires, hyperplasiées et disposées en faisceaux tourbillonnants, coupés sous des incidences variables. Les vaisseaux sont entourés d'un épais anneau musculaire. En somme, myôme bénin à évolution lente.

OBSERVATION XIV

G..., Marie, 46 ans. — Entrée le 26 mars 1904.

Antécédents personnels.— Rien à noter dans l'enfance. Réglée à 15 ans, toujours régulièrement et sans douleurs jusqu'à la date d'apparition des premiers accidents.

La malade a eu deux accouchements à terme et quatre fausses couches. Les deux enfants sont morts de méningite. Elle ne paraît pas avoir de syphilis.

Au mois de janvier 1904 apparurent brusquement des pertes assez abondantes et qui persistèrent un certain temps. La malade n'éprouvait cependant à ce moment aucune douleur. Le médecin traitant lui fit deux curettages : l'un en janvier, l'autre fin février suivis d'un tamponnement intra utérin à la gaze iodoformée et malgré lesquels le suintement sanguin persista.

Au mois de mai suivant, on plaça un gros crayon de pâte de chlorure de zinc lequel provoqua l'élimination de larges escharres en doigt de gant et l'arrêt de l'hémorragie qui jusque-là avait persisté.

Celle-ci apparut de nouveau deux mois après et fut traitée par le chlorure de calcium. On constata une amélioration et arrêt des pertes qui ne fut que momentané puisque dix-huit jours après celles-ci apparaissaient de nouveau. C'est alors que la malade se décida à entrer salle Sainte-Madeleine.

Durant tous ces traitements la malade resta couchée. On peut constater l'insuccès du curettage et du chlorure de zinc qui avait été largement employé. On avait même usé sans plus de succès

des tampons de gaze iodoformée serrés, d'ergotine à l'intérieur, de cautérisations au nitrate d'argent pulvérisé sur tige porte-coton, de salol, antipyrine fondue, d'adrénaline. La malade cependant n'eut jamais de fortes hémorragies, de gros caillots, mais un écoulement continu de liquide sanguinolent plus ou moins teinté avec grumeaux muco-sanguins.

La malade était fortement anémiée et son état général fortement atteint, jamais de douleurs cependant.

Le *palper bimanuel* permet de sentir un utérus en anteversion légèrement augmenté de volume, dépassant à peine la symphyse. Le col est un beau résultat de cautérisations successives. Les culs-de-sacs sont souples et le toucher ne provoque aucune douleur.

Au mois d'avril 1904, l'intervention est décidée. On pratique une hystérectomie par la voie vaginale avec pincés. Un mois après la malade sortait guérie.

L'utérus seul est enlevé. Les annexes, en bon état, sont conservées.

L'*examen histologique* nous montre un muscle à fibres musculaires lisses petites, grêles, en faisceaux tourbillonnants et en volutes et coupées sous diverses incidences. Ces fibres sont plongées dans une substance hyaline ankystée. On voit aussi une grosse hyperplasie des fibres musculaires des artères et des artérioles dont plusieurs arrivent à l'oblitération par ladite hyperplasie.

La muqueuse est supportée par une nappe de tissu aussi nettement myômataux. Les glandes sont allongées et dilatées, mais en même temps écartées les unes des autres par un tissu interglandulaire très abondant formé de petites cellules ovales presque réduites au noyau. C'est en somme une hyperplasie parallèle au myôme des glandes et du tissu glandulaire.

OBSERVATION XV

Joséphine B., femme P..., 25 ans.

Antécédents personnels. — Rien dans l'enfance. Réglée à 16 ans, et depuis règles toujours irrégulières et douloureuses.

Elle eut deux accouchements à terme, dans l'intervalle desquels se place, en 1902, une fausse couche. Dans le mois qui suit la naissance de son second enfant, en décembre 1903, elle constate l'apparition de troubles et la présence d'une tumeur abdominale pour laquelle on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire, qui est enlevé le 26 avril 1904, par le docteur Albertin.

Après l'ablation de son kyste, la malade qui nourrissait à ce moment son enfant, resta plusieurs mois sans souffrir. Elle entra dans le service en avril 1905, pour de la pelvi-péritonite à poussée aiguë avec métrorragie. Elle sort guérie.

En juillet 1906, elle est opérée d'un goître par le docteur Tixier.

Elle entre à nouveau, salle Ste-Madeleine, le 12 février 1907.

Elle se plaint de perdre tous les dix à douze jours; pertes abondantes avec caillôts; pertes accompagnées de douleurs violentes abdominales, s'irradiant dans la région lombaire. Depuis longtemps tout travail est impossible.

Au toucher l'utérus est mobile, se confond avec la masse que l'on trouve dans le cul-de-sac antérieur. On ne perçoit pas son fond.

Le col est largement entr'ouvert. Le Douglas et le cul-de-sac droit sont libres. Le gauche manque de souplesse et est légèrement empâté. Dans le cul-de-sac antérieur on sent une masse arrondie, située sur la ligne médiane à surface lisse, du volume d'une mandarine, mobile dans le sens transversal et suivant les mouvements transmis au col utérin.

Il s'agit d'un fibrome pédiculé ou d'un kyste de l'ovaire.

Le 25 février 1907, on intervient. Laparatomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur un utérus myômateux et en antéversion dont le fond formait la masse arrondie et mobile que l'on sentait

au-dessus de la symphyse. Aucune formation anormale du côté des annexes droites qui seules persistent. Hystérectomie subtotales. La malade sort guérie un mois après.

L'examen microscopique nous montre au-dessous d'une muqueuse augmentée d'épaisseur, un muscle à fibres musculaires lisses, disposées en faisceaux tourbillonnants et hyperplasiés.

OBSERVATION XVI

B... Frédéric, 41 ans.

Antécédents personnels. — Rien dans l'enfance. Réglée à quinze ans toujours régulièrement et sans douleurs. Mariée à trente-quatre ans, elle eut quatre grossesses à termes et une fausse couche de trois mois. Elle n'accuse pas de syphilis.

En janvier 1904 ses règles devinrent irrégulières, abondantes et s'accompagnant de douleurs abdominales avec irradiation dans les lombes et à la face interne des cuisses. Cet état persista jusqu'au début de mars où les pertes de sang devinrent abondantes contenant des caillots et s'accompagnant de douleurs violentes. La malade s'alita et malgré les divers traitements prescrits les pertes persistèrent en même temps que ses douleurs. On la transporta à l'hôpital où elle est admise salle Sainte-Madeleine.

Au toucher, l'utérus est bien placé, en avant un peu gros. On ne sent rien dans les culs-de sacs.

Devant ces métrorragies rebelles on intervient et on pratique une hystérectomie vaginale totale. Suites opératoires bonnes. Utérus augmenté de volume de consistance molle. Il est rosé à la coupe et la surface de section nette. La muqueuse est hypertrophiée. *L'examen microscopique* montre un leiomyôme à évolution rapide, surtout sous la couche glandulaire et dans le tissu interglandulaire les cellules rondes abondent; en s'avancant vers la profondeur elles sont remplacées par des cellules ovales puis fusiformes. Aussi loin qu'on aille il n'y a plus un faisceau de fibres musculaires adultes. Ce ne sont plus que des éléments im-

parfaits, courts, ayant peu de substance musculaire. Souvent le tissu devient fibrillaire et s'infiltré de cellules ovales. La coupe montre souvent des nappes hyalines garnies de cellules comme on en rencontre dans les myômes en évolution.

En somme, leiomyôme à développement rapide et sous-muqueux.

OBSERVATION XVII

C..., Marie-Louise, 45 ans, laitière.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Pas de leucorrhée ancienne. Elle a eu six accouchements à terme, une fausse couche à quatre mois.

Depuis dix ans environ elle a une sensation de pesanteur à la région lombaire. Elle vient à l'hôpital parce qu'elle a des hémorragies et qu'elle souffre dans les reins et dans les jambes.

La malade a eu sa dernière couche il y a neuf mois; deux mois après les règles apparaissent. Depuis trois mois environ, ses règles surviennent à la date voulue, mais durant huit jours au lieu de trois comme autrefois. Dans l'intervalle, leucorrhée abondante et fétide. Elle se plaint également de douleurs spontanées et continues dans la région lombaire, les hanches et les cuisses. Celles-ci, apparues il y a trois mois, seraient devenues bien plus marquées et plus intenses depuis un mois. Urines claires, sans sucre ni albumine. Constipation opiniâtre. A l'examen, on sent le fond utérin à deux travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. Les mouvements imprimés à ce niveau par la main abdominale se transmettent au col. Celui-ci est déformé, irrégulier, et admet la pulpe digitale. Rien à noter dans les culs-de-sacs.

Le 9 février 1906 on intervient. Laparatomie sous ombilicale et hystérectomie subtotal; on laisse les annexes. Guérison.

Examen histologique. — On voit un muscle utérin épaissi et une muqueuse d'un demi-centimètre d'épaisseur. Au microscope, dans cette muqueuse, des glandes volumineuses, à larges lumières et d'aspect normal, sont espacées par un tissu interglandulaire,

abondant, riche en cellules ovales. Dans la profondeur de la couche glandulaire, le tissu interglandulaire devient musculaire. Le muscle sous-jacent a lui-même tous les caractères du tissu myômateux. Les fibres musculaires sont disposées en fascicules tourbillonnants séparés par un tissu fondamental rosé. Autour de chaque artériole se voit une couche musculeuse, souvent double et à développement géant. Les fibrilles conjonctives sont rares. On constate donc une hyperplasie de la couche glandulaire au-dessus d'un utérus myômateux.

CONCLUSIONS

I. — Il existe, en gynécologie, une catégorie de malades qui présentent un ensemble de symptômes que l'on ne peut rattacher à aucune entité morbide nettement définie.

II. — Cet ensemble est caractérisé cliniquement par des névralgies lombo-pelviennes, des métrorragies, des troubles nerveux réflexes, une légère augmentation de volume de l'utérus, l'absence de métrite ou de tumeur.

III. — La lésion consiste en un développement dans toute la paroi utérine de fibres musculaires lisses et jeunes, affectant la disposition des myômes et une hyperplasie de la muqueuse sous-jacente.

IV. — Nous appelons *myôme diffus de l'utérus*, ce complexe anatomo-clinique, terme qui caractérise le syndrome par sa lésion anatomique.

V. — La pathogénie de cette affection est aussi obscure que l'est actuellement celle des myômes.

VI. — Par les lésions microscopiques, elle diffère essentiellement de la sclérose utérine décrite par les auteurs.

VII. — Le traitement doit être d'abord palliatif et s'adresser aux symptômes ; mais très souvent il doit se terminer par l'hystérectomie.

Vu :

Le Président de la Thèse,

POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

Pour le Doyen,

L'Assesseur :

J. COURMONT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 16 Avril 1907.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARTUS. — Des pseudo métrites. (Th., Montpellier, 1902-03.)
- BARTHÉLEMY. — Syphilis tertiaire des organes génitaux de la femme. (Paris 1900.)
- BOUILLY. — Discussion à la Soc. obst. gyn. ped. de Paris.
— Des métrorragies d'origine ovarienne. (La Gyn., février 1899.)
- BRIOUDE. — Les scléroses de l'utérus. (Th., Paris, 1896.)
- CORNIL. — Anat. pathologique des métrites. (*In* Journal des connaissances médicales, 21 juin 1888.)
- BRIN. — Des troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromes. (Arch. méd., Angers, 5 juin 1903, p. 321-335.)
- COLLINET. — Des modifications des organes génitaux de la femme à l'époque de la ménopause. (Paris, 1887, p. 29.)
- DAUTHEY. — Th., Paris, 1900-1901.
- DALGHÉ. — Métrorrh. sclérose utérine et ménopause. (Gaz. hôpitaux, 4 mai 1903.)
- DEBBET. — Discussion du 4 mai 1900 à la Soc. obst. gyn. et ped. de Paris.
- DOLERIS. — Discussion, 4 mai 1900.
— Métrites et fausses métrites. (Maloine, 1902.)
— Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. (Nouvelles arch. de gyn. et d'obst., 1893.)
- DOLÉRIS et PICHEVIN. — La pratique gynécologique. (Vol. II, p. 377.)
- M. DONALD. — Endomét. et métrite chronique chez les vierges. (North of England, Obst. and gyn. society, 15 janvier 1904.)
- DÖDERLEIN. — Central bl. für gyn., n° 44, p. 888.
— Cent. f. gyn., 1896, p. 1143.

- DIXON JONES (Mary). — Origine des tumeurs fibreuses de l'utérus. (Méd. Rec., 16 février 1901.)
- A. ELY. — Endométrite des vierges. (American journal, of februar 1888)
- FRANZ. — Endométrite d'origine ovarienne. (Arch. für gyn., 1898, t. LVI, n° 2, p. 363.)
- FINDLEY. — L'artério sclérose de l'utérus comme facteur des hémorragies utérines. (Americ. Society, 27 mai 1905.)
- GEIGER. — Hyperplasie de l'utérus. (Western sing. and gyn. association, 30 décembre 1902, *in* New-York med. journal, 11 avril 1903.
- J. GODART. — Les fausses utérines. (La policlinique, 1^{er} sept. 1903, p. 401.)
- GOTTSCHALT. — Arch. für gyn., 1902, n° 3, p. 81.
- GROSS. — Sur les hémorragies utérines dans la dégénérescence scléro-kystique des ovaires. (Soc. méd. de Nancy, 23 mai 1900.)
- GILL WYLIE. — Les ménorragies des jeunes filles. (Med. assoc. of geater, 11 février 1901, *in* Med. Record., 23 février 1901.)
- HARTMANN. — Discussion à la Société de biol., mai 1900.
- HEPP. — Sclérose utérine et métrite chronique. (Th., Paris, 1899.)
- HYENNE. — Th., Paris, 1898.
- HUGO. — SZAZ. SCHWARZ (de Budapesth). — Altérations séniles des vaisseaux sanguins. (Revue de gyn., 1903, p. 623.)
- KELLER. — Central bl. für gyn., 1897, n° 3, p. 81.
- KOLLMANN (de Vilheim). — Munch med. Koch, 1901, n° 37, p. 1445.
- KEIFFER. — La Gynécologie, février 1906.
- LEHMAL. — Arch. de Tocol., 1891, p. 385, 464, 565.
- LORENTY. — Anat. path. de la métrite chronique. Arch. für gyn. Bd. 70, H 2.
- DE LAGENHAGEN. — La colique utérine. (Presse méd., 2 août 1905.
— Des pélikalgies. (P. 484, IV^e Congrès périod. gyn. de Rouen, 1904.)
— Du spasme utérin. (Bull. Société internat. des hôpitaux de Paris, p. 114-115.)
- MENGE (de Leipzig). — Central bl. für gyn., 1901, n° 50.
- MENDÈS DE LÉON. — Congrès international de Paris, 1901, section de gyn., séance 7 avril.
- OLDSHAUSEN. — Die Krankheiten der Ovarien. (1886, p. 771.)
- OZENNE M. — Sur une variété de sclérose des ovaires. (Revue de gyn., 1904, p. 449.)

- PFANNENSTIEL. — Central bl. für gyn., n° 44, p. 888.
— Versamml. der deut. Nat. und Aerzte, 1894, p. 298.
- POMPE VAN MEERDERVOORT. — Revue de gyn. et de chirurgie abd., 1902, p. 227.
— Anatomie de la pseudo métrite.
- POZZI. — Traité de gyn., Masson, 1903, p. 202 et suiv.
- POZZI et LATTEUX. — Revue de gyn. et de chirurgie abd., p. 771.
- PILLIET. — Une hypothèse sur l'origine des fibromes. (Bull. Société anat., 1894, p. 4.)
- PILLIET et SOULIGOUX. — Progrès méd., 1897, p. 289.
- PILLIET et BARADUC. — Comptes rendus de la Société de biol., 1896, mars, p. 338.
- PICHEVIN. — Les fausses utérines. (Semaine gyn., 1897.)
- PICHEVIN et AUGUSTE PETIT. — Gazette méd. de Paris, 23 nov. 1895.
— Lésions vasculaires de l'utérus et métrorragies. (Sem. gyn., p. 353-363.)
- PAUL PETIT. — Angio sclérose de la matrice. (La Gyn., 1899.)
- RAINERI (de Turin). — Giornale di gyn. e ped., 1901, n° 12.
- REINIEKE. — Die sclerose der Uterusovarien und die klimaterischen Blutungen. (Arch. f. gyn., 1897, Bd LIII, Heft. 2, p. 340.)
- RIZETTI. — Recherches histol. sur la muqueuse utérine des myômes. (Arch. ital. di gyn., 30 avril 1898.)
- RICHELOT. — Discussion à la Société de gyn. et ped. de Paris, 1900.
— Chirurgie de l'utérus. (Paris, 1902, O. Doin.)
— De l'intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes. (Soc. de chirurg., 1892, 9 novembre.)
— Les pseudo métrites des arthritiques nerveuses. (Bull. médical, 15 mars 1899.)
- RICHELOT et BAROZZI. — Congestion et sclérose de l'utérus. (Gyn., 1901, 15 février.)
- SIMMONDS. — Munch. med. Woch., 1900, n° 2, p. 53 ; n° 3, p. 81.
- STOPIN. — Th., Paris, 1897-98.
- SCHMID. — Th., Paris, 1895-96.
— Métrites hémorragiques et métrorragies.
- SCHVOERTASSEK. — Central bl. f. gyn., 17 février 1900.
- SAVILLE T. D. — British med. assoc., 64^e réunion annuelle, Carlisle, 1896.

- SPANOCCHI. — Annales obst. et gyn., 1889.
- SVITALSKY. — Beitrag zu der unstillbaren Gebärmutterblutungen. (Central bl. für gyn., 1895, p. 889.)
- SCHOLMOGOROFF. — Scléroses des artères utérines. (Monatschrift für Geburtshülfe und gynéc., 1900, mars.)
- A. SIREDEY. — La Gynécologie, 1900, n° 1, p. 1.
— Maladies des organes génitaux de la femme. (Traité de médecine et de thérapeutique, 1898.)
- TREUB. — Congrès international de gyn. de Bruxelles, p. 376.
— Nedeil. tijd. voor verlost. (Haarlem, 1892, t. IV, p. 77.)
- THEILHABER. — Munch med. Woch., 1900, n° 14, p. 453.
— Die Ursachen der präeklamerischen Blutungen. (Arch. f. gyn., 1901, Bd LXII, Heft. 3.)
— De la métrite chronique. (Arch. f. gyn., 1902, Bd LXII, Heft. 2.)
- THOMAS S. CULLEN. — Myômes utérins et leur traitement. (Canada hamet, juillet 1903.)
- VAN TUSSENBROCK. — Arch. für gyn., 1894, t. XLVII, p. 497.
- WALTHARD (de Berne). — Corresp. f. schov. Herzte, 1900, n° 16, p. 470.
- VEDELER. — Les métrorragies hystériques. (Arch. f. gyn., 1902, t. LXVI, n° 1, p. 176.)
- WINTER. — Zeitschrift f. Geb. und gyn., t. XIV, 1888.

